

**esec**

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO**

---



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE COIMBRA

Departamento de Educação

Mestrado em Gerontologia Social

**Redes de Suporte Social: Influência na qualidade de vida dos idosos  
cabo-verdianos residentes na Cova da Moura/ Lisboa**

Carrina Iduarda Rodrigues Cruz Lima

Coimbra, 2020



Carrina Iduarda Rodrigues Cruz Lima

**Redes de Suporte Social: Influência na qualidade de vida dos idosos cabo-verdianos residentes na Cova da Moura/ Lisboa**

**Relatório de Estágio**

Relatório de estágio apresentado ao Departamento de Educação da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do Mestrado em Gerontologia Social

**Constituição do Júri:**

**Presidente de Júri** – Professora Doutora Filipa Daniela Correia Marques da Quinta

**Arguente** – Professora Doutora Sílvia Maria Rodrigues da Cruz Parreiral

**Orientadora** – Professora Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva

**Co – Orientador** - Professor Doutor João Paulo de Almeida Tavares

Julho, 2020

“ Esse que em mim envelhece  
assomou ao espelho  
a tentar mostrar que sou eu.  
Os outros de mim,  
fingindo desconhecer a imagem,  
deixaram-me a sós, perplexo,  
com meu súbito reflexo.  
A idade é isto: o peso da luz  
com que nos vemos”.

(O Espelho. Mia Couto, in Idades, Cidades, Divindades)

## **Agradecimentos**

Aos meus orientadores, Professora Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva e o Professor Doutor João Tavares, pelo apoio e disponibilidade que sempre prestaram e pela partilha das vossas experiências e sabedoria.

À Associação Cultural Moinho da Juventude (ACMJ), que me permitiu realizar o estágio curricular, facilitação no acesso a comunidade e na aplicação dos referidos questionários junto das pessoas idosas da comunidade de Cova da Moura/Lisboa.

Ao senhor Reginaldo Spínola, coordenador do espaço intergeracional e Tutor, pelo apoio integral na realização deste estudo.

A todas as pessoas idosas que aceitaram participar neste estudo, e do carinho demonstrado durante todo o processo.

Ao meu marido Ivanildo Lima, pelo apoio incondicional, pelo amor e amizade, por todo o companheirismo demonstrado neste processo.

À minha família pelo incentivo e apoio incondicional, mas em particular ao meu irmão Carlos Cruz, que sempre esteve do meu lado e nunca me deixou desistir, obrigada meus irmãos pela força.

E a todas as pessoas que não mencionei, e que contribuíram de uma forma direta ou indireta para a realização deste trabalho.

Muito obrigada a todos!

## Resumo

Este relatório foi desenvolvido no âmbito do projeto de estágio realizado junto dos idosos cabo-verdianos residentes na Cova da Moura/Lisboa, tendo em vista contribuir para a estruturação de um acompanhamento e observação a nível do apoio social e da influência na qualidade de vida desta população idosa em estudo.

O referido estágio estruturou-se em dois eixos principais. Numa primeira parte procedeu-se à construção de uma base de dados da população idosa em estudo na comunidade de Cova da Moura. Numa segunda parte, procedeu-se à participação e acompanhamento da situação de isolamento social das pessoas idosas do bairro, participantes ou não, nas atividades intergeracionais da ACMJ. Com o presente estudo procurou-se averiguar a relação entre as redes de suporte social e a qualidade de vida dos idosos cabo-verdianos residentes na Cova da Moura/Lisboa.

A amostra é constituída por 50 idosos (N=50), sendo que 72% (N=36) são de sexo feminino e 28% (N=14) do sexo masculino, com idade compreendida entre os 60 e os 85 anos. Os resultados indicam que 36% (18) concluíram o ensino básico, enquanto que os restantes 64% (32) não o concluíram. Verificou-se uma associação negativa moderada entre a idade e o grau de escolaridade ( $r = -0,477$ ,  $p < 0,01$ ). Conclui-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas no suporte social ( $t = 2,018$ ,  $p = 0,049$ ) e na dimensão das relações sociais da qualidade de vida ( $t = -2,069$ ,  $p = 0,044$ ) com o género. Verificou-se que os viúvos têm mais sentimentos negativos (tristeza, ansiedade, desespero ou depressão) do que os idosos casados ou em união de facto ( $F = 3,040$ ,  $p = 0,038$ ). Este estudo alerta para a importância de se perceber a relação entre o isolamento e solidão com a qualidade de vida, para que seja possível otimizar os apoios das redes social, para uma melhoria da sua saúde e qualidade de vida das pessoas idosas em estudo.

**Palavras-chaves:** Envelhecimento, redes de suporte social, qualidade de vida, idosos cabo-verdianos imigrantes em Portugal

## **Abstract**

This report was developed within the scope of the internship project carried out with the Cape Verdean elderly residents in Cova da Moura / Lisbon, with a view to contributing to the structuring of monitoring and observation in terms of social support and the influence on the quality of life of the elderly population under study.

The referred internship was structured in two main axes. In the first part, a database of the elderly population under study in the community of Cova da Moura was built. In a second part, the participation and monitoring of the situation of social isolation of the elderly people in the neighborhood, participating or not, was carried out in the intergenerational activities of the ACMJ.

The present study sought to ascertain the relationship between social support networks and the quality of life of Cape Verdean elderly residents in Cova da Moura / Lisbon.

The sample consists of 50 elderly (N = 50), with 72% (N = 36) being female and 28% (N = 14) male, aged between 60 and 85 years. The results showed that 36% (18) completed basic education while the remaining 64% (32) did not complete. There was a moderate negative association between age and education level ( $r = -0.477$ ,  $p < 0.01$ ). We conclude that there are only statistically significant differences in social support ( $t = 2.018$ ,  $p = 0.049$ ) and in the dimension of social relations of quality of life ( $t = -2.069$ ,  $p = 0.044$ ) with gender. It was found that widowers have more negative feelings (sadness, anxiety, despair or depression) than married or cohabiting elderly ( $F = 3.040$ ,  $p = 0.038$ ). This study warns of the importance of understanding the relationship between isolation and loneliness with the quality of life, so that it is possible to optimize the support of social networks, to improve their health and quality of life for the elderly people being studied.

**Keywords:** Aging, social support networks, quality of life, elderly Cape Verdean immigrants in Portugal

## **Lista de Abreviaturas**

**ESEC** – Escola Superior de Educação de Coimbra

**APA** - American Psychological Association

**ACMJ** – Associação Cultural Moinho da Juventude

**SPSS** - *Statistical Package for Social Sciences*

**INE/CV** – Instituto Nacional Estatística / Cabo Verde

**INE** – Instituto Nacional Estatística

**QdV** – Qualidade de Vida

**OMS** – Organização Mundial Saúde

**AVD** – Atividades Vida Diária

**CATL** - Centro de Atividades de Tempos Livres

**GAS** - Gabinete de Ação Social

**IPSS** - Instituição Particular de Solidariedade Social

**DGS** - Direcção-Geral da Saúde

**SSQ-6** – Escala de Avaliação do Suporte Social

**LSNS-6** – Escala Breve de Redes Sociais de Lubben

**WHOQOL-Bref** - World Health Organization Quality of Life Instruments – Bref

**INPCI** - Inventário Nacional do Património Cultural Imaterial

**SEF** - Serviços de Estrangeiros e Fronteiras

**P.** – Página

**PP.** – Páginas



## Índice

<b>Resumo .....</b>	<b>iv</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>v</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo I – Abordagem teórica e revisão bibliográfica .....</b>	<b>12</b>
1.1 – Envelhecimento – Contextualização.....	12
1.2 - Envelhecimento demográfico .....	13
1.3 - Envelhecimento Individual: um fenómeno bio-psico-social .....	18
1.4 - Envelhecimento, Isolamento social e Redes de Suporte Social .....	21
<b>Capítulo II – Envelhecimento nas comunidades de imigrantes idosos .....</b>	<b>25</b>
2.1 – Redes de suporte social da população Cabo-verdiana .....	25
2.2. Imigração, vulnerabilidades sociais, bem-estar e qualidade de vida .....	26
<b>Capítulo III - Intervenção e Estudo Empírico .....</b>	<b>30</b>
3.1. Breve contextualização .....	30
3.2. Enquadramento do local de Intervenção .....	31
3.3. Objetivos do estudo exploratório .....	35
3.4. Participantes .....	36
3.5 - Instrumentos de recolha de dados.....	36
3.6. Procedimento de recolha dos dados .....	38
3.7. Análise dos dados .....	39
3.8 - Questões éticas e deontológicas .....	40
<b>Capítulo IV - Apresentação e Discussão dos Resultados .....</b>	<b>41</b>
4.1. Caracterização da amostra .....	41
4.2 - Análise descritiva das variáveis e diferenças entre grupos .....	42

4.2.1. Análise correlacional das dimensões da qualidade de vida e do suporte social .....	46
4.2.2. Análise das variáveis preditivas da qualidade de vida .....	47
4.3 – Discussão dos resultados .....	48
4.4 - Reflexão sobre as atividades desenvolvidas no estágio.....	52
<b>Conclusão .....</b>	<b>53</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>55</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>62</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>71</b>

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Estrutura etária da população Portuguesa por sexo (2019) .....	14
<b>Gráfico 2:</b> Índice de envelhecimento em Portugal, 1991 - 2080, projeções (INE, 2017) .....	15
<b>Gráfico 3:</b> Pirâmide etária da população portuguesa e estrangeira (INE, 2015) .....	16
<b>Gráfico 4:</b> Pirâmide etária de 2010, das projeções demográficas de 2010 a 2030 (INE/CV, 2013).....	17
<b>Gráfico 5:</b> Pirâmide etária de 2030 - projeções demográficas de 2010 a 2030 (INE/CV, 2013).....	17

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Caraterística Sociodemográficas dos participantes .....	41
<b>Tabela 2:</b> Análise descritiva da qualidade de vida e suporte social .....	42
<b>Tabela 3:</b> Análise correlacional da qualidade de vida e suporte social em relação à idade .....	43
<b>Tabela 4:</b> Teste t para a diferença de valores médios entre géneros para as variáveis qualidade de vida e suporte social.....	43
<b>Tabela 5:</b> Teste ANOVA para a diferença de valores médios entre estado civil para as variáveis qualidade de vida e suporte social .....	45
<b>Tabela 6:</b> Teste t para a diferença de valores médios entre níveis de escolaridade para as variáveis qualidade de vida e suporte social .....	46
<b>Tabela 7:</b> Modelo de regressão linear, variável dependente = qualidade de vida (Relações Sociais) .....	47
<b>Tabela 8:</b> Modelo de regressão linear, variável dependente = qualidade de vida (meio ambiente).....	48

## **Introdução**

O envelhecimento populacional está prestes a tornar-se uma das modificações sociais mais significativas do século XXI, comprometendo a todos os setores da sociedade (Nações Unidas, 2020).

O envelhecimento é um processo dinâmico, com as suas vantagens e desvantagens, caracterizado por um conjunto de alterações, que podem passar por uma maior vulnerabilidade física, psicológica e social (principalmente na questão do isolamento social e da perda de autonomia). Logo, revela-se importante avaliar as redes de suporte social e proceder a um rastreio do isolamento social das pessoas idosas e do impacto na qualidade de vida dos mesmos.

Efectivamente, a experiência de estágio foi extremamente enriquecedora, proporcionando um contato direto com a população idosa e com o seu meio social, permitindo assim uma observação mais ampla das condições de cada idoso. Da mesma forma, esta experiência revelou ser uma grande oportunidade de amadurecimento pessoal que traz à estagiária a sensação clara de que este é um campo de trabalho com inúmeros processos de reflexão e análise ainda por realizar.

O estágio iniciou-se com base em dois momentos: o primeiro consistiu na observação ampla da situação no terreno, onde foram aplicados alguns instrumentos de recolha de dados, capazes de apresentar resultados após intervenção de Investigação-Ação no combate ao isolamento social e/ou cultural na fase da vida pós reforma. E o segundo momento consistiu numa intervenção direta junto de pessoas que sofrem/são vítimas de isolamento social. No entanto, apesar de ter sido possível proceder a uma caracterização da população idosa que frequenta o espaço intergeracional da ACMJ, não foi possível concretizar este segundo momento, devido ao tempo limitado previsto para a realização do estágio.

A investigação foi apoiada pelos seguintes objetivos: Caracterizar os idosos da amostra em relação às variáveis sociodemográficas, nomeadamente género, idade, estado civil, escolaridade, com quem vive; Analisar as relações entre variáveis

sociodemográficas (género, idade, estado civil, escolaridade, com quem vive), suporte social e a qualidade de vida; Analisar quais as variáveis preditivas de uma maior qualidade de vida das pessoas idosas Cabo-verdianas residentes em Portugal.

As redes de suporte social têm sido uma variável bastante mencionada e à qual é dada alguma importância no processo de envelhecimento, ou seja, reforçar a ideia das pessoas idosas da sua responsabilidade na participação nas mais diversas áreas do seu quotidiano (Lima, 2016) “podemos conceber a intervenção como um processo de mediação na promoção do bem-estar e da qualidade de vida” (Lima, 2016, p.11).

O relatório de estágio que agora se apresenta está organizado em quatro capítulos. No primeiro capítulo, iremos apresentar uma abordagem teórica e revisão bibliográfica, destacando a contextualização do envelhecimento nas suas diversas dimensões para uma melhor compreensão do tema em estudo.

No segundo capítulo, abordam-se os conceitos principais deste relatório, o envelhecimento dos idosos cabo-verdianos imigrantes, redes de suporte social, bem-estar e qualidade de vida.

No terceiro capítulo, expomos a intervenção e o estudo empírico levado a cabo ao longo do estágio, identificando algumas questões que orientaram as atividades desenvolvidas, evidenciando assim uma breve contextualização e caracterização do local de intervenção, os objetivos, o modelo de análise, os métodos e técnicas, o campo empírico de observação e as questões éticas e deontológicas.

Por último, o quarto capítulo apresentará a análise e discussão dos resultados do estudo, finalizando assim com uma reflexão geral da intervenção durante o estágio e a conclusão global do trabalho.

Para a elaboração deste trabalho foram efetuadas pesquisas em base de dados credíveis como: B-On, Scielo, plataformas estatísticas e livros, entre outros trabalhos de mestrado e doutoramento relacionados com o tema. O trabalho foi elaborado segundo as orientações da sexta edição das normas de American Psychological Association (APA).

## **Capítulo I – Abordagem teórica e revisão bibliográfica**

### **1.1 – Envelhecimento – Contextualização**

O envelhecimento é um fenómeno mundial que apresenta um conjunto de impactos e desafios dignos da nossa atenção individual e da sociedade em geral (Lima, 2016).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) avançou, na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, um conceito mais amplo de envelhecimento, designado de envelhecimento ativo, integrado num modelo multidimensional que integra fatores socioeconómicos, psicológicos, de saúde e ambientais (Ribeiro & Paúl, 2011). O conceito de envelhecimento ativo é definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p. 13).

Um olhar sobre o fenómeno do envelhecimento do ponto de vista sociodemográfico mostra-nos que, segundo Rosa (2012) as principais causas do envelhecimento da população em geral se situam na redução da mortalidade e na redução da fecundidade. De referir também outros aspetos que surgem associados ao aumento do envelhecimento populacional, tais como os avanços tecnológicos (na prevenção e promoção da saúde), a melhoria das condições de saúde pública na prevenção e no tratamento de doenças e, por último, mas não menos importante, a melhoria das condições sociais (Rosa, 2012).

Em Portugal, a esperança média de vida ronda os 79,2 anos, sendo 76,1 anos para o sexo masculino e 82,1 anos para o sexo feminino (INE, 2011, cit. in Lima, 2016). Em 1960 as pessoas com 65 anos ou mais representavam 7,97% da população Portuguesa, enquanto no ano de 2001, a sua representatividade aumentou consideravelmente, nomeadamente para 16,35% da população (INE, 2011, cit. in Lima, 2016). Esta curva ascendente que se verifica em Portugal segue as tendências mundiais que indicam que, no período entre 2025 e 2050, a população envelhecida deverá constituir 30 a 40 % da totalidade da população mundial. (OMS, 1999, 2011, cit. in Lima, 2016). Em síntese, calcula-se um envelhecimento gradual da população nos próximos anos.

Também a Comissão Europeia (2009) refere que a população envelhecida continuará a crescer, prevendo-se que o número total de pessoas com 65 ou mais anos passe de 84,6 milhões em 2008 para 151,1 milhões em 2060. Da mesma forma, acredita-se que o número de pessoas com 80 ou mais anos aumente, triplicando entre 2008 e 2060, passando de 21,8 milhões de pessoas para 61,4 milhões. Relativamente à esperança média de vida à nascença, as projeções do Instituto Nacional de Estatística - INE (2017), apontam para o período 2015-2080 um aumento do índice de envelhecimento de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens, ou seja, a população idosa ocupará cada vez mais um papel fundamental na construção da nossa sociedade.

Todavia, não podemos deixar de assinalar que uma parte desta população envelhecida do país é constituída por imigrantes. Em Portugal, cada vez mais é notório o aumento da população sénior imigrante, prevendo-se um aumento nos próximos anos (Bracons & Malheiros, 2013). A mesma fonte acrescenta ainda, que a percentagem de pessoas idosas inclui 5% de estrangeiros, correspondendo a cerca de 20.000 indivíduos, sendo os cabo-verdianos um dos 8 grupos mais representativos (correspondendo a cerca de 6100 idosos cabo-verdianos, em 2011), com uma longa estadia neste país de acolhimento (Bracons & Malheiros, 2013).

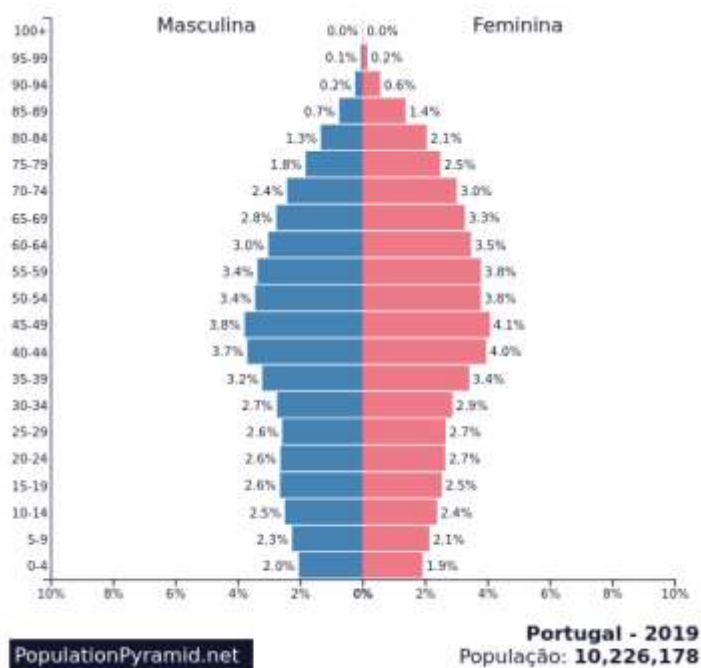
## **1.2 - Envelhecimento demográfico**

O envelhecimento demográfico define-se através do aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Este aumento é conseguido por meio da população jovem e/ou em detrimento da população em idade ativa (INE, 2002). “O envelhecimento demográfico é uma das tendências mais significativas do século XXI” (Duarte, et al. 2014, p. 624).

O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, definida geralmente como a passagem do modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados, para um modelo em que ambos os fenómenos podem atingir níveis baixos.

Segundo o INE (2017) “Projeções de População Portuguesa em 2015-2080” estima-se que o número de jovens diminua de 1,5 para 0,9 milhões e que o número das pessoas idosas passe de 2,1 para 2,8 milhões. Prevê-se igualmente que o índice do envelhecimento duplicará, passando de 147 para 317 pessoas idosas por cada 100

jovens em 2080, dando origem a um afunilamento da base da pirâmide etária como mostra o gráfico 1.



**Gráfico 1: Estrutura etária da população Portuguesa por sexo (2019)**

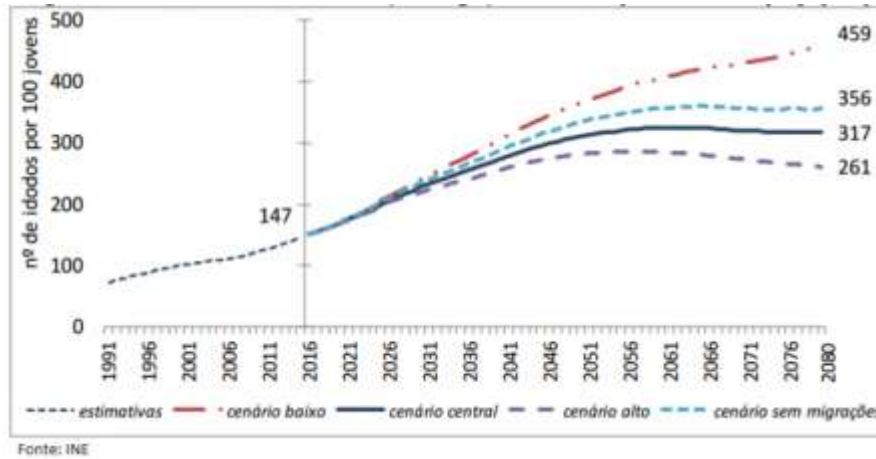
O envelhecimento demográfico continua num nível crescente em Portugal, devido à baixa natalidade e ao aumento da esperança média de vida. Segundo dados do PORDATA (2016) verificou-se, ao longo dos últimos anos, mudanças demográficas que mostram um aumento do índice de envelhecimento e longevidade. Além disso, observa-se um aumento do índice de dependência das pessoas idosas que corresponde a um aumento da população com 65 anos ou mais. Por outro lado, INE (2013) reforça que o aumento da população com 65 anos ou mais, aumentou de 16,6% para 19,0%.

Segundo previsões do INE (2017), entre o ano de 2015 e 2080, o número de idosos aumentará de 2,1 para 2,8 milhões. Em contrapartida, a população jovem vai decrescer, o que provocará a explosão do índice da população idosa, como se pode constatar no gráfico 2.

De acordo com recentes projeções (INE, 2015, cit. in Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2017), Portugal perderá população até ao ano de 2080, ou seja, de 10,3 milhões de habitantes, perspetiva-se um agravamento da situação nos anos 2050 e 2080 com a redução da população para 7,5 milhões de residentes. Assim Portugal



ocupará o terceiro lugar entre os países mais envelhecidos do mundo, superado pelo Japão e Espanha (INE, 2017).



**Gráfico 2: Índice de envelhecimento em Portugal, 1991 - 2080, projeções (INE, 2017)**

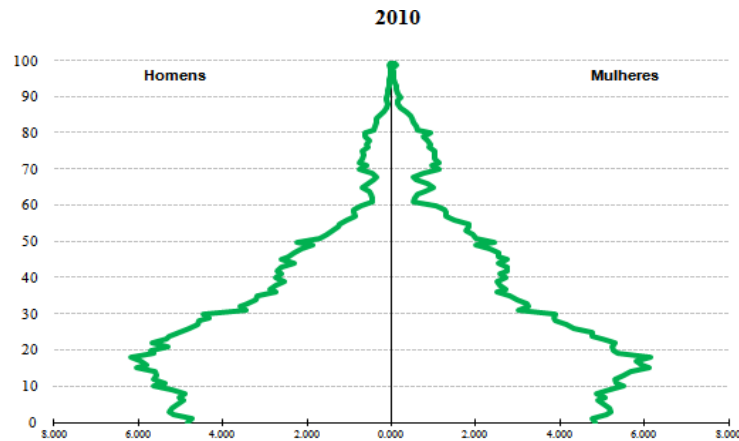
Posto isto, é relevante reforçar que na região de Lisboa a população estrangeira representa 15,7% dos residentes do município, demonstrando um aumento em 2018 face aos números estimados em 2017 (12,6%). O Concelho da Amadora está representado com 9,8%, superando o ano transacto com 8,8% (Oliveira, 2019).



**Gráfico 3: Pirâmide etária da população Portuguesa e estrangeira (INE, 2015)**

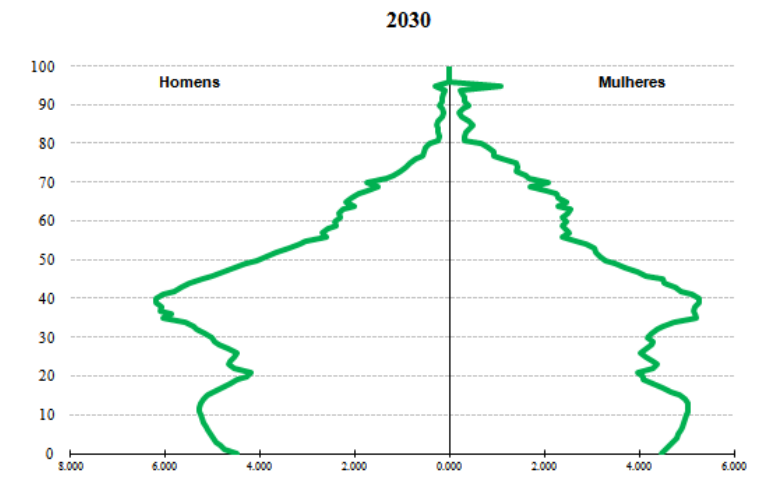
Contudo, para uma melhor compreensão do envelhecimento demográfico, teremos que analisar aspetos como a idade, o estado de saúde, as capacidades, a classe social, a experiência de vida das pessoas idosas, entre outros, uma vez que as pessoas são identificadas com categorias fixas, facilitando assim a sua classificação (Rosa, 2012).

Posto isto, referir que Cabo Verde, país de origem dos idosos cabo-verdianos participantes deste estudo, é considerado um país jovem. No entanto, já se nota um envelhecimento considerável da população, como revelam as projeções demográficas do Instituto Nacional de Estatística, Cabo Verde - INE/CV (2013), que apontava que entre 2010 e 2030 se registará um aumento notável de pessoas idosas com mais de 65 anos, com predominância do sexo feminino, conforme dados representados no gráfico 4.



**Gráfico 4: Pirâmide etária de 2010, das projeções demográficas de 2010 a 2030 (INE/CV, 2013)**

Ainda com base nas projeções demográficas do INE/CV (2013), a longo prazo, nomeadamente entre 2010 e 2030 espera-se um aumento de 23.047 pessoas idosas numa população total de 449.040 habitantes, com especial destaque para 2019 com 30.043 pessoas idosas numa população de 550.480 habitantes e 2030 que projeta um total de 52.767 pessoas idosas (Gráfico 5).



**Gráfico 5: Pirâmide etária de 2030 - projeções demográficas de 2010 a 2030 (INE/CV, 2013)**

### **1.3 - Envelhecimento Individual: um fenómeno bio-psico-social**

O envelhecimento tem sido descrito na literatura como um fenómeno individual e social. Enquanto fenómeno individual tem sido perspectivado em duas vertentes ou dimensões interrelacionadas: uma descreve o envelhecimento cronológico (idade) e a outra o envelhecimento bio-psicológico, menos linear dado que cada pessoa envelhece de forma diferente (Rosa, 2012).

Reforça Lima (2016, p. 20), “quanto ao envelhecimento biopsicossocial, apesar de constituir um reflexo da dimensão cronológica, diferencia-se desta, sendo vivenciado de forma diferente por cada indivíduo”.

Para além dos conhecimentos sobre o envelhecimento cronológico, é importante compreender o envelhecimento em outras dimensões como a dimensão biológica, psicológica, social, cultural e económica ressaltando, porém, que a ocorrência de mudanças em uma destas dimensões, poderá ter impactos importantes em todas as outras (Teixeira, 2018). Partilha da mesma opinião Carvalho (2013), quando sublinha que o processo de envelhecimento humano é complexo, individualizado e multidimensional.

As alterações funcionais mais significativas incluem a adaptação anormal em todos os níveis da estrutura do corpo humano e a fraqueza ou falha dos mecanismos reguladores que conduzem a desequilíbrios sistémicos (Carvalho, 2013). Este processo está relacionado com o desenvolvimento e morte do organismo vivo. Parte-se do princípio que há uma degradação das capacidades funcionais, com o avançar dos anos (Carvalho, 2013). Segundo Araújo et al., (2016), o processo de envelhecimento é individual e variável já que os sistemas orgânicos dos indivíduos envelhecem a ritmos distintos e, assim, as pessoas quando envelhecem tornam-se menos semelhantes, embora o envelhecimento seja caracterizado por uma previsível e inevitável evolução e maturação até à morte (Araújo et al., 2016).

Em suma, o envelhecimento individual baseia-se numa perspetiva desenvolvimental do ciclo de vida, considerando o desenvolvimento de um ser humano uma interação entre fatores biológicos, culturais e históricos (Silva, 2016).

No aspecto biológico o envelhecimento é caracterizado pelo declínio que assumem as transformações físicas tais como: a diminuição de força e coordenação motora, o equilíbrio corporal, entre outras alterações relativamente à saúde da pessoa

(Duarte, 1999, cit. in Teixeira, 2018). O envelhecimento biológico e o fisiológico são considerados como parte da nossa carga genética, ou seja, provocam deterioração, redução das funções e limitações nesta fase do processo do envelhecimento (Teixeira, 2018).

Nesta linha de pensamento, a OMS (2015), sublinha que o envelhecimento biológico associa-se a uma perda gradual das reservas fisiológicas, consequência do acúmulo da multiplicidade de danos moleculares e celulares, ocasionando assim uma maior exposição ao risco de contrair diversas doenças e ao declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta na morte. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos (OMS, 2015).

Araújo et al. (2016), referenciam que o envelhecimento é progressivo e que os processos normais de envelhecimento biológico causam mudanças irreversíveis em células ou órgãos, aumentando a probabilidade de um indivíduo sofrer consequências prejudiciais. Também Firmino (2016, p. 111) nos indica que “o trajeto do envelhecimento humano, decorrente das modificações biológicas e fisiológicas, conduz, muitas vezes, a vulnerabilidades físicas e mentais, comprometendo a autonomia e a independência física e financeira das pessoas mais velhas”.

Segundo Firmino (2016), esta fase do envelhecimento pode não ser considerada doença, mas favorável a modificações, com evolução a incapacidades ou vulnerabilidades próprias da idade.

A nível psicológico, o processo do envelhecimento torna-se perceptível a partir da meia-idade, ou seja, fase marcada por várias mudanças a nível biológico, psicológico e social (Fonseca, 2012). O envelhecimento psicológico é caracterizado pelas modificações e motivações das atividades intelectuais (Fonseca, 2012).

Porém, a maior parte dos estudos de Psicologia da pessoa idosa conduziram a uma mudança de paradigma no modo como se encara o envelhecer psíquico. Durante o período da velhice, algumas pessoas idosas podem ser bastante produtivas. A definição de quais as funções psíquicas que se alteram com o decorrer dos anos permitiram que as pessoas idosas não sejam classificadas como inaptas ou limitadas cognitivamente. Pelo contrário, exige a adaptação a estímulos ambientais para poder levar a uma maior funcionalidade, comparável à dos adultos jovens (Araújo et al., 2016). De salientar que

o tipo de pessoas que nos tornamos na velhice é determinado pela qualidade da nossa vida anterior e pelos hábitos de vida que vamos adotando ao longo do ciclo de vida. O envelhecimento mental refere-se à consciência humana e à sua adaptabilidade ao processo de envelhecimento (Araújo et al., 2016).

O envelhecimento é também um processo social que envolve a interação social. A interação social refere-se à capacidade de convivência com outras pessoas (Paúl, 2005). A respeito da interação social Paúl (2005) sublinha a necessidade de serem criadas respostas para situações de risco social na população idosa, nomeadamente: a solidão, o isolamento e a perda de autonomia. Assim, o apoio social deverá abranger três vertentes: a integração social (frequência de contactos com os outros); o apoio/suporte recebido (quantidade de ajuda fornecida por elementos da rede); e o apoio/suporte percebido (Paúl, 2005).

Sublinha ainda Correia (2016, p. 440) que “a avaliação do estado social envolve a relação do idoso com a família, com o cuidador e com o meio em que vive”. Reforça a autora que, geralmente, a pessoa idosa ficava em casa quando debilitada ou doente aos cuidados da família, mas agora nota-se uma necessidade adicional nos apoios sociais em diversas valências, como serviços domiciliários, centro dia e outros (Correia, 2016).

Os desafios estruturais nas sociedades contemporâneas e o envolvimento na diversidade de problemáticas tornaram o processo de envelhecimento num assunto multidisciplinar (Dias & Rodrigues, 2012). Nenhuma “teoria biológica, psicológica ou social permitirá dar conta, isoladamente, do produto interativo e talvez sinérgico das mudanças complexas inerentes ao processo de envelhecimento” (Dias & Rodrigues, 2012, p. 179).

Importa aqui enunciar que o suporte social é um recurso crucial na vida de todas as pessoas idosas, proporcionando confiança e segurança no dia-a-dia, além de que promove um sentimento de valorização, autoestima e trocas recíprocas, na prevenção da solidão e do isolamento (Pinheiro, 2004, cit. in Rodrigues, 2016). O ser humano identifica-se ao longo da vida com múltiplas relações sociais que promovem o seu desenvolvimento (Silva, 2016).

Nesta linha de pensamento, afirma Mouro (2013) que na transição da sociedade do tradicional para o industrial, a pessoa idosa perdeu em parte o seu estatuto de pessoa

mais experiente e sábia, estatuto de poder na família e na comunidade, bem como o seu valor no mercado de trabalho.

Estas vulnerabilidades sociais têm implicações adversas nas pessoas idosas, como a fragilidade social, sendo que “a fragilidade constitui-se em uma síndrome multidimensional que envolve a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais” (Carneiro et al., 2016, p. 436).

O suporte social, as oportunidades de educação e de aprendizagem ao longo da vida e a proteção contra a violência e o abuso são nomeados pela OMS (2005) como fatores protetores da saúde, da participação e da segurança no processo de envelhecimento. Ressalta ainda que o ambiente físico e social conta muito na decisão da independência ou da dependência das pessoas idosas (OMS, 2005).

Em suma, é de salientar que a convivência afetiva e a proximidade com familiares, amigos, entre outros, constituem-se em vínculos que podem ser vistos como recursos valiosos que podem ser acionados na prestação e cuidados às pessoas idosas, influenciando positivamente na percepção da sua qualidade de vida social (Duarte et al. 2014).

#### **1.4 - Envelhecimento, Isolamento social e Redes de Suporte Social**

Nesta sociedade contemporânea, cada vez mais se vêem pessoas idosas a viver sós, aumentando consideravelmente os riscos de solidão, de isolamento social e, consequentemente, o surgimento de problemas de saúde (OMS, 2005). A inexistência dos apoios sociais aumenta os níveis de mortalidade, de morbilidade, de stress psicológico, e vulnerabilidades nas condições da saúde e do bem-estar geral (OMS, 2005).

Sublinha a OMS (2005), que as pessoas idosas ficam mais expostas às vulnerabilidades sociais devido à perda da família, dos amigos e outros contactos sociais, que as obrigam muitas vezes a viver sós, enfrentando a solidão e o isolamento social. Comumente assume-se que estes aspetos prejudicam o bem-estar psicológico das pessoas idosas, daí a necessidade que estas se reintegrem em outras redes de suporte social para colmatar o declínio emocional, como por exemplo, através da criação de grupos comunitários de voluntariado, de programas intergeracionais e de serviços de proximidade (OMS, 2005).

Segundo Nunes e Menezes (2014), a solidão e o isolamento social são cada vez mais comuns entre as pessoas idosas, principalmente quando se dá o afastamento dos familiares, a viuvez, problemas de saúde, fatores estes predisponentes para um alto risco de depressão, de perda de autonomia, de solidão e/ou de suicídio. Acrescentam, ainda, estes autores que os homens sofrem mais com estas situações, uma vez que as mulheres enquanto responsáveis da casa e da família conseguem superar melhor estas situações (Nunes & Menezes, 2014).

Neste enquadramento, Squire (2005) sublinha que o isolamento social é de difícil avaliação, ou seja, não existem definidos critérios concretos para a sua mensuração. Fazendo referência ao estudo de Townsend (1973, cit. in. Squire, 2005), acrescenta que o isolamento e a solidão não são idênticos, ou seja, mesmo que haja a presença de contactos sociais com familiares, amigos ou outros, não há evidências coerentes da qualidade destes contactos, ou até mesmo, benefícios da interação (Squire, 2005).

Importa referir que viver só ou isolado da família, comunidade ou de outras redes de suporte sociais, não significa que a pessoa idosa seja solitária, visto que estas pessoas têm a liberdade de escolher com quem querem viver (Squire, 2005).

Com o objetivo de criar respostas dirigidas às pessoas idosas em situação de risco social (e.g., isolamento, solidão e perda de independência), vários estudos têm-se debruçando sobre este assunto (Paúl, 2005). “A solidariedade social das redes de suporte informal formadas por amigos, pessoas próximas e conhecidas, constitui um aspeto fundamental pelo apoio emocional” (Pardal, 2014, p. 18), promovendo a redução de situações de isolamento e solidão, condições observáveis nesta faixa etária (Pardal, 2014).

Segundo Duarte et al. (2014), a proximidade e a convivência afetiva mais chegada com familiares, amigos, entre outros, na prestação de cuidados para com as pessoas idosas, influenciam positivamente a perceção da sua qualidade de vida social. Reforça ainda Pardal (2014, p. 17) que “os idosos constituem um grupo etário em risco de exclusão devido à imagem preconceituosa que permanece na nossa sociedade”, devido à perda do estatuto e de papéis sociais, à falta de apoio familiar e devido à doença (Pardal, 2014). Relativamente a esta questão, Mouro (2013, p. 17) referencia ainda que “a sua desvalorização social conduziu a uma perda da sua inscrição como cidadão na sociedade”.



O ser humano identifica-se ao longo da vida com múltiplas relações sociais que promovem e engrandecem o seu desenvolvimento (Silva, 2016). Vários estudos referem que não existe uma definição unânime de suporte social, apresentando-se uma variedade de definições e de tipologias (Correia, 2016; Luchesi, 2015; Prego, 2016; Silva, 2016). Perante isto, é importante referir que o suporte social se traduz num apoio seguro e estável, que deve também estar ao alcance das pessoas idosas, para garantir o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, uma vez que encontram componentes que lhes permitem viver com mais confiança e segurança (Prego, 2016).

Todos esses pressupostos que acabamos de referir intervêm de uma forma direta e/ou indireta na qualidade de vida das pessoas mais velhas. Aliás, o estudo de Bahramnezhad et al. (2017) evidencia uma ligação direta entre a qualidade de vida e as dimensões das redes de suporte social, ou seja, refere a importância da criação de um bom relacionamento entre as pessoas idosas e as suas relações sociais com a família, amigos e vizinhos, garantindo assim uma boa qualidade de vida. Nesta linha, Paúl (2005) refere que os familiares ainda desempenham um papel importante no apoio físico, social e no bem-estar psicológico. Evidentemente, os familiares estão na linha da frente das opções das pessoas idosas.

Ainda de acordo com Paúl (2005), quanto à tipologia as redes sociais dividem-se em duas categorias: **suporte social informal**, que é desempenhado por pessoas próximas da pessoa idosa, nomeadamente famílias, amigos, vizinhos e voluntários que disponibilizam auxílio as pessoas idosas mediante as suas necessidades; e **suporte social formal** nomeadamente os serviços requeridos pela pessoa idosa ou por alguém próximo da mesma, cujos são remunerados e fornecidos por entidades do Estado ou particulares. Entre esses serviços destacam-se as respostas sociais como apoio domiciliário, centro dia, lares/residenciais, onde os cuidados prestados são exercidos por profissionais qualificados.

Em relação ao apoio informal, um estudo de Schoenmakers (2017) refere que as pessoas idosas se sentem mais acolhidas pelas filhas do que propriamente pelos filhos. Porém, ainda se consideram esses laços um apoio importante no contexto social. Este autor também referencia as questões da vulnerabilidade e da fragilidade que as pessoas idosas imigrantes enfrentam ao nível do apoio social, evidenciando que muitos dos idosos que dependem do apoio prestado pela sua rede mais próxima, muitas vezes

enfrentam desafios de inadequabilidade do apoio prestado, aspeto que pode pôr em causa o seu bem-estar (Schoenmakers, 2017).

Relativamente às redes de apoio formal, importa salientar que abrangem o auxílio instrumental/físico no contexto funcional, ou seja, no declínio das capacidades físicas e psicológicas transitórias ou duradouras. À partida, estes compreendem a prestação de serviços especializados, tais como profissionais de saúde, hospitais, os serviços domiciliários, centros dia, instituições/lares, bem como a segurança social. O apoio formal trabalha com regras específicas de apoio, respeitando os procedimentos de avaliação e de categorização, de forma a satisfazer as necessidades das pessoas idosas (Paúl, 2005). Paúl salienta, ainda, quatro dimensões, para além das tipologias apresentadas: Informativo, emocional, instrumental e tangível. O tangível refere-se à oferta de bens materiais; O informativo refere-se ao apoio em relação ao aconselhamento e explicação; O emocional sustenta a confiança a nível emocional, e por último o instrumental garante a parte instrumental dos cuidados. Perante isto, a autora menciona a existência de três tipos de suporte social: 1) integração social, nomeadamente a capacidade de convivência da pessoa idosa com outras pessoas; 2) suporte recebido, abrangendo toda a prestação de cuidados recebidos por outras pessoas e 3) a perceção da pessoa idosa ao nível do apoio recebido em caso de necessidade (Paúl, 2005).

De acordo com o estudo de Luchesi et al. (2015), a qualidade de vida e o bem-estar, tanto nas pessoas idosas como nos familiares que usufruem de uma proximidade emocional, contribui para uma importante relação intergeracional. Porém, com a tendência para a diminuição do apoio por parte dos familiares (devido a várias questões), a pessoa idosa tende a recorrer aos serviços especializados nas instituições/lares.

Segundo Correia (2016), há cada vez mais pessoas idosas e são notórias as insuficiências nas redes de suporte social. Para esta autora, as alterações constatadas nas famílias modernas, que substituíram as famílias alargadas pelas nucleares, influenciaram as redes de suporte familiar, verificando-se assim um aumento de situações de isolamento das pessoas idosas. No entanto, estas situações são muitas vezes ajustadas com as redes de apoio informal (amigos, vizinhos, igrejas, entre outros),

estabelecidas tendo por base valores de solidariedade pessoal e apoio voluntário (Correia, 2016).

Partilha da mesma opinião Rosa (2012) quando refere que a sociedade moderna influenciou alguns aspetos no seio familiar, como novas mudanças nas condições de trabalho, conceito de família, entre outros, alterou-se também o sentido do apoio geracional, era no passado mais forte/presente e, por isso, uma mais-valia à qual os idosos poderiam recorrer com maior facilidade.

## **Capítulo II – Envelhecimento nas comunidades de imigrantes idosos**

### **2.1 – Redes de suporte social da população Cabo-verdiana**

Adicionalmente, todo este processo acarreta desafios para as pessoas idosas imigrantes, como também para os sistemas de políticas sociais e à sociedade em geral. Bracons e Malheiros (2013) referem que, com esta diversidade, observam-se sinais de vulnerabilidade no seio das pessoas idosas imigrantes, como: saúde, pobreza, solidão, barreiras linguísticas, isolamento, entre outros. Logo, pode-se considerar como pertinente o estudo e a promoção de uma intervenção social específica para este grupo etário.

Efetivamente existem estudos que evidenciam a situação dos imigrantes idosos cabo-verdianos em Portugal, mencionando que esta população idosa apresenta estruturas mais envelhecidas comparativamente a outros grupos de imigrantes como por exemplo de Angola, da Guiné-Bissau, entre outros, (Bracons & Malheiros, 2013). Igualmente, o estudo de Oliveira e Peixoto (2012) mostram que, qualquer que seja o princípio considerado, os imigrantes de origem cabo-verdiana são os mais envelhecidos relativamente a outras nacionalidades de imigrantes. A média etária é de 40 anos, o que reforça a antiguidade da imigração cabo-verdiana. De acordo com Machado e Roldão (2010), a imigração dos cabo-verdianos em Portugal acentuou-se nos anos de 1972. Este fenómeno é ainda mais visível nos dias de hoje, visto que existem atualmente muitos imigrantes (reformados ou ainda no ativo) que, tendo chegado há muitos anos ao país, acabaram por envelhecer em Portugal.

Segundo Carvalho e Rodrigues (2013), os resultados do inquérito para os indicadores Europa 2020 apontam para 25,3% de pessoas em risco de pobreza ou de exclusão social nas comunidades de imigrantes. Nesta mesma linha de pensamento, referem que as pessoas idosas foram as mais lesadas com a diminuição dos seus rendimentos e acesso a serviços sociais e viram aumentar as suas despesas com a saúde, alimentação, transportes públicos, entre outros. Os imigrantes idosos cabo-verdianos residentes, especificamente, em Lisboa não são exceção. A este respeito, o estudo de Gallardo (2015), que investigou a imigração do povo cabo-verdiano residente numa das comunidades da periferia de Lisboa, relata a situação de pobreza e exclusão social desta população que é, maioritariamente, constituída por pessoas idosas.

## **2.2. Imigração, vulnerabilidades sociais, bem-estar e qualidade de vida**

O envelhecimento, sendo um processo contínuo e abrangente a todos os seres humanos, “comporta, em si, riscos de vulnerabilidades e doenças, agravados pelo contexto social e pela fraca ou inexistente rede social” (Correia, 2016, p.440).

Para colmatar as situações de vulnerabilidade no seio das pessoas idosas, os organismos competentes (segurança social, entre outros), têm desempenhado uma importante missão para com o apoio aos mais velhos, mas devido às sucessivas situações de fragilidade económica do país, até mesmo a segurança social tem revelado alguma incapacidade em sustentar os direitos sociais das pessoas idosas, principalmente no que toca às assistências sociais e de saúde, aumentando assim, as vulnerabilidades sociais neste grupo etário, distribuídas um pouco por todo país (Monteiro & Santos, 2016).

Evidentemente, as pessoas idosas imigrantes são as que mais sofrem no país de acolhimento, considerando as dificuldades de acesso a apoios sociais que enfrentam e que já foram relatados. No entanto, a esta situação de vulnerabilidade acresce o preconceito e estereótipos associados ao envelhecimento bem como à raça, à etnia, à situação socioeconómica, entre outros fatores que aumentam o risco de fragilidade social dos imigrantes. Para fazer face a esta situação, o desenvolvimento de atividades socioculturais, segundo Vieira e Pimentel (2016), pode promover o bem-estar, a

qualidade de vida, a participação social e uma mudança de atitude face a essas barreiras impostas com o avançar da idade. Tendencialmente ameniza, em parte, a dura realidade enfrentada no dia-a-dia pelos idosos.

Importa, ainda, referir que nesta faixa etária, o surgimento de fragilidades biopsicossociais é real, tornando a pessoa idosa cada vez mais vulnerável e suscetível a situações de risco, podendo levar até à morte. Neste sentido, a presença de uma síndrome geriátrica nas pessoas idosas pode ter consequências maiores, como a hospitalização, a institucionalização e/ou a morte (Rhonda, 2014).

Desta forma, os diferentes profissionais que trabalham com a população idosa deverão unir forças para criar atividades de prevenção que retardem o processo de aparecimento das suas fragilidades biopsicossociais, através de procedimentos quotidianos feitos a nível do domicílio, de forma holística e multidisciplinar (Rhonda, 2014). Este processo deverá ser contínuo, reunindo assim as forças e os recursos para uma melhor perceção do envelhecimento bem-sucedido e assim garantir o bem-estar e a qualidade de vida ao longo dos anos (Araújo, 2016).

O envelhecimento populacional tem vindo, progressivamente, a estabelecer-se num fenómeno global e contemporâneo, onde as pessoas idosas, cada vez mais representam um grupo importante na sociedade (Vilar et al., 2016). O fenómeno da longevidade das pessoas idosas desencadeou novos desafios no que toca à promoção do bem-estar, da saúde e da qualidade de vida. Segundo a OMS (2002), o envelhecimento populacional constitui um êxito para a sociedade, porém, acarreta diversos desafios nas demandas deste grupo etário. Logo, a promoção da qualidade de vida das pessoas idosas surge como um dos desafios para a conservação do estado psicológico, biológico e social (Vilar et al., 2016).

Nesta linha de pensamento, a DGS criou a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável para os anos de 2017-2025, que refere que “A promoção do envelhecimento ativo e saudável em Portugal regista várias iniciativas, contudo há ainda um caminho a percorrer para que essa abordagem se reflita na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas, garantindo a realização plena da sua dignidade” (DGS, 2017, p.9).

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável tem como finalidade, “sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações e promover a mudança de atitudes em relação ao envelhecimento e às pessoas idosas; promover a cooperação e a intersectorialidade na concretização da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável; Contribuir para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas.” (DGS, 2017, p.19). Salienta ainda a Estratégia para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 que, apesar de vivermos cada vez mais tempo, a qualidade dos anos de vida acumulados é algo com potencial para melhorar (DGS, 2017).

De acordo com vários estudos que abordam os aspetos da qualidade de vida (QdV) nas pessoas idosas, é possível classifica-los em diversos domínios, tais como: percepção de saúde, autonomia, atitude e adaptação, papel e atividade, conforto emocional, relacionamentos, espiritualidade, segurança financeira, casa e vizinhança. Reforça ainda o estudo, que o conceito de Qualidade de Vida deve ser observado como uma rede dinâmica de efeitos enlaçados (Karen, et al., 2019).

Porém, a qualidade de vida tem sido sujeita a várias interpretações e significados, tanto numa dimensão de senso comum, como numa lógica de abordagem científica (Vilar et al., 2016). Reforçam ainda estes autores, que a qualidade de vida é multidimensional e abrange questões como a perspetiva holística e biopsicossocial do ser humano e a conformidade da própria vida, que ultrapassa a problemática da saúde (Vilar et al., 2016). Entretanto, cabe notar que a OMS (2002) referencia a qualidade de vida como um conceito abrangente (inclui a saúde física da pessoa idosa, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e os recursos do meio ambiente) (OMS, 2002). Como referem Marques et al. (2014), a qualidade de vida deve ser vista tendo em consideração a interação entre os contextos e os fatores individuais da pessoa, com consequências no que concerne à saúde, às relações interpessoais, ao bem-estar físico e psicológico, às redes de suporte social, entre outros (Marques et al., 2014).

Alguns estudos têm-se debruçado sobre a qualidade de vida (QdV), em particular, sobre **a experiência de vida** (visão subjetiva), e **as condições de vida** (visão objetiva), considerando-se que estes aspetos influenciam de certa forma a conduta do indivíduo (Ogden, 2004, cit. in Nunes & Menezes, 2014). A experiência de vida

abrange o bem-estar subjetivo, uma vez que a satisfação com a vida é considerada verdadeira felicidade. O bem-estar subjetivo representa dois aspectos importantes: o cognitivo (trata-se da satisfação com a vida), e o afetivo ou emocional (demonstra as afetividades, tanto positivas como negativas) (Ogden, 2004, cit. in Nunes & Menezes, 2014).

Outros estudos como o de Bahramnezhad et al. (2017) revelam que existe uma forte relação entre a qualidade de vida e as redes de suporte social, sugerindo mesmo alguma eficácia nas relações estabelecidas através das redes sociais com as pessoas idosas, nomeadamente com as pessoas que fazem parte do seu contexto informal (família, amigos, vizinhos, entre outros), e cujas apoiam na manutenção da qualidade de vida dos seus idosos, evitando assim um possível isolamento e promovendo a sua inclusão na sociedade. O suporte social não tem uma ligação direta à satisfação de vida das pessoas idosas, mas parece estar associada à qualidade de vida no seu todo e em vários outros domínios (eg., psicológicos, físicos, sociais e ambientais) (Paúl, 2005).

Outros autores como Ferreira (2016), identificam práticas promotoras de qualidade de vida tais como hábitos alimentares saudáveis, participação social, interação com os amigos, exercício físico diário, execução de tarefas quotidianas com independência e autonomia, sono e repouso, contatos com a família e ainda participação em atividades recreativas com amigos e familiares.

Envelhecer com qualidade implica também “capacidade de adaptação aos multi desafios que a saúde física e funcional colocam, bem como às inexoráveis perdas sociais” (Araújo, 2016, p. 8). Por outro lado, deve assumir-se que o envelhecimento é um processo que se desenrola ao longo do ciclo vital do indivíduo, que vai construindo individualmente a sua história (OMS, 2002). A qualidade de vida que “desfrutarão (...) depende dos riscos e oportunidades que experimentaram ao longo da vida” (OMS, 2002, p. 12).

Em suma, apesar da subjetividade e variabilidade da definição da QdV, torna-se imprescindível que seja consentida e estimulada a manutenção da mobilidade, da independência física e social, da participação e do contributo ativo para sociedade geral e para com a população idosa.

## **Capítulo III - Intervenção e Estudo Empírico**

### **3.1. Breve contextualização**

De acordo com Machado (2012), o envelhecimento demográfico é uma realidade incontornável a nível mundial, acompanhado de desafios a nível biopsicossocial.

O foco da investigadora situa-se ao nível do envelhecimento da população idosa imigrante em Portugal, em particular a Cabo-Verdiana. Segundo Machado (2012) as pessoas idosas imigrantes são um grupo bastante abrangente, quer do ponto de vista analítico, quer do ponto de vista da intervenção. Sublinha o autor que a população imigrante idosa identifica-se em diversos domínios como: o demográfico ou o social, podendo neste último considerar-se a estrutura de classes, a génese do percurso migratório, ou mesmo uma conjugação entre a situação socioeconómica e o processo de envelhecimento (Machado, 2012). Acrescentam Bracons e Malheiros (2013, p. 167) que “perante esta diversidade e, também, o facto de os imigrantes idosos partilharem muitas vulnerabilidades (saúde, pobreza, solidão) comparativamente com a restante população idosa, é pertinente perguntarmo-nos se é justificada uma intervenção social com contornos específicos”. Segundo estes autores, as pessoas idosas imigrantes com maiores índices de pobreza e isolamento social (principalmente os homens) devem-no às perdas ou ruturas de laços familiares e comunitários, justificando uma atenção particular, dada a sua maior vulnerabilidade social e afetiva (Bracons & Malheiros, 2013). Por outro lado, vários estudos têm demonstrado que o suporte social contribui não só para a prevenção do isolamento social, como também para o envolvimento social das pessoas idosas na sociedade, observando-se melhorias na sua qualidade de vida.

O interesse da investigadora pelo grupo dos imigrantes Cabo-Verdianos prende-se ao facto de existirem poucos estudos no âmbito do processo de envelhecimento desta população.

Este estudo, de natureza exploratória, foi desenvolvido no âmbito de uma intervenção/ estágio na Associação Cultural Moinho da Juventude (localizada na Cova da Moura) que presta apoio as pessoas idosas Cabo-Verdianas residentes numa comunidade dos concelhos da Amadora e Lisboa, através do projeto “Cidadania Participativa”. Este projeto tem como objetivo geral lutar por melhores condições de



vida no bairro e pela qualificação da Cova da Moura, dinamização do espaço intergeracional, entre outras ações. Comporta especificamente uma série de ações com vista à promoção do envelhecimento ativo, a saber: projeto “Navega”, espaço que recebe as pessoas idosas para utilização dos computadores; a sala intergeracional onde se realizam atividades de alfabetização, de ginástica, atividades de entretenimento, ensaios; intercâmbios; passeios, entre outras atividades. Importa ainda referir que dentro do projeto “Cidadania Participativa” foi criada uma cozinha comunitária que proporciona refeições quentes, nomeadamente às pessoas idosas desfavorecidas.

### **3.2. Enquadramento do local de Intervenção**

Neste ponto do presente trabalho apresenta-se a Associação Cultural Moinho da Juventude (ACMJ), onde se desenrolou o período de intervenção/ estágio, nomeadamente a caracterização da associação em relação à sua missão, objetivos, organização e respostas sociais. Posteriormente, procede-se à caracterização da população apoiada por esta associação, bem como as atividades desenvolvidas.

A intervenção/ estágio curricular realizou-se na ACMJ, localizada na Amadora, no distrito de Lisboa. A ACMJ foi criada em meados de 1984 por um grupo de moradores, na sua maioria mulheres, com o intuito de se apoiarem mutuamente no desenvolvimento da comunidade (saneamento, meios de acesso à comunidade, escolas, divulgação da cultura, integração social, entre outros). Trata-se de uma organização sem fins lucrativos, que viu o seu reconhecimento como Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) nos anos de 1989.

Para se compreender o porquê da sua criação e da sua permanência até aos dias de hoje, descrever-se-á, de forma breve, a história da comunidade. Cova da Moura como é designado, trata-se de um bairro situado no concelho da Amadora, na área metropolitana de Lisboa, com uma área aproximadamente de 19 hectares e uma população que ronda os 6000 habitantes, segundo informações fornecidas pela associação. Sublinha ainda a mesma fonte, que a comunidade surgiu de forma clandestina, no ano de 1977, sendo ocupada na sua maioria por Cabo-Verdianos, que representa, atualmente, aproximadamente 75% da população residente. É considerado um bairro multicultural, uma vez que ainda aí residem Portugueses, oriundos do norte e

centro de Portugal, Cabo-Verdianos, Angolanos, Guineenses e imigrantes oriundos de países da Europa oriental. A comunidade da Cova da Moura é predominantemente constituída por uma população em idade ativa, sendo que os homens desempenham atividade profissional na área dos serviços de construção civil e as mulheres prestam serviços domésticos e de limpeza, trabalham na restauração, venda ambulante de peixe, entre outros. Importa destacar que a população-alvo do nosso estudo, constitui aquela que maioritariamente fundou esta comunidade nos anos de 1972-77.

A associação tem como principal finalidade, apoiar a integração social da comunidade na sociedade portuguesa; garantir a promoção de serviços de qualidade adequados à satisfação das necessidades e ao bem-estar dos residentes; e ainda divulgar e preservar a cultura cabo-verdiana. Após a sua fundação em 1987, com publicação em Diário da República do dia 09 de Junho de 1987, a associação foi reconhecida, em 1989, como Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), assumindo como missão o desenvolvimento comunitário (registos documentais da ACMJ).

A ACMJ assenta em 12 princípios que constituem a sua base de trabalho: a interculturalidade, a comunicação, a alegria, o género, o respeito pelas convicções, a cooperação, o *empowerment*, o meio ambiente, a criatividade, a persistência, a qualidade/ eficiência / eficácia e a solidariedade.

Em suma, a função da associação é dar uma resposta social às famílias da comunidade, de forma a garantir os seus direitos de cidadania, bem-estar e dignidade, promovendo a qualidade de vida dos residentes.

A ACMJ, tal como as outras IPSS, rege-se pelo Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, com as alterações introduzidas pelos Decretos-Leis n.º 89/95 de 1 de abril, n.º 402/85, de 11 de outubro, e n.º 29/86 de 19 de fevereiro. De realçar, ainda, o Regulamento de Registos das IPSS, do Âmbito da Ação Social do Sistema de Segurança Social, previsto na portaria n.º 139/2007, de 29 de janeiro.

A associação integra várias respostas sociais, direcionadas não só ao domínio da juventude, como também ao grupo das pessoas idosas presentes na comunidade. As respostas sociais desenvolvidas pela ACMJ são apresentadas em forma de projetos de interesse dos participantes, que passo a descrever, dando maior destaque aos direcionados à população idosa.

O projeto Cidadania Participativa para além de abranger atividades de luta por melhores condições de vida no bairro e para a qualificação da Cova da Moura, ainda disponibiliza serviços de apoio à regularização de documentação pessoal e legal dos seus residentes.

O estágio enquadra-se neste projeto “Cidadania Participativa”, que é desenvolvido no espaço próprio da associação, que conta com uma sala ampla com refrigeração, (copa, salas de arrecadação e casa de banho). Ainda encontra-se equipada com materiais para o desenvolvimento das atividades realizadas diariamente, nomeadamente: computador e impressora, televisão, espelhos, aparelho de som, máquina fotográfica, mesas, cadeiras, quadro, entre outros materiais para prática de exercícios físicos e uma viatura automóvel. Enfatizar ainda algumas atividades desenvolvidas neste espaço tais como: Cursos de alfabetização (com o intuito de diminuir a taxa de alfabetismo da população residente incluindo as pessoas idosas), pinturas, jogos, exercícios físicos, aulas de dança, exibição de documentários, músicas tradicionais, filmes e vídeos de apoio às inúmeras atividades realizadas com as pessoas idosas do bairro. De realçar também o trabalho desenvolvido no campo da dinamização do espaço intergeracional que é realizado em colaboração com os ex-reclusos do Bairro e com agentes de interligação,<sup>1</sup> no combate e prevenção de violência doméstica e integração social.

O projeto Sabura, designado como Roteiro das Ilhas, abrange percursos guiados (dentro e fora do bairro), e atividades de qualificação e desenvolvimento económico do bairro. Como indicado, os percursos guiados abrangem não só passeios e visitas pelo bairro, mas também fora, nomeadamente nos casos de intercâmbios intercidades e viagens internacionais. É pertinente referir a minha dificuldade no acesso ao bairro e mobilidade na comunidade. No entanto esta dificuldade foi ultrapassada com o apoio da ACMJ que disponibilizou um colaborador para a realização de visitas guiadas, que tiveram com finalidade permitir a familiarização com as coordenadas do mapa da região, bem como os nomes e numeração das ruas e becos.

Os grupos de cultura Cabo-Verdiana (Batuque Finka Pé e Kola S. Jon) têm assegurado a preservação e divulgação da cultura dominante na comunidade, através da realização de várias apresentações nacionais e internacionais. Estas apresentações têm

---

<sup>1</sup> Trata-se de um grupo de mulheres devidamente capacitadas pela ACMJ, fazem o acompanhamento e aconselhamento das famílias em situação de risco.

tido como finalidade a divulgação das vivências culturais, através da música, de festas de romaria, da culinária, entre outros costumes da comunidade, sendo a cultura cabo-verdiana a mais privilegiada. Estes grupos contam ainda, com várias participações em iniciativas culturais como: documentários, espectáculos e filmes. De referenciar que o grupo “Kola San Jon” foi elevado a património imaterial, tendo sido inscrito no Inventário Nacional do Património Cultural Imaterial (INPCI) em 2013. De salientar que esta manifestação cultural de matriz cabo-verdiana, que celebra São João Batista, foi trazida para Portugal por imigrantes provenientes do arquipélago de Cabo Verde e que se fixaram no bairro da Cova da Moura, no concelho da Amadora. Trata-se de um projeto singular, ou seja, é a única manifestação de uma comunidade de origem não portuguesa radicada em Portugal, cuja possibilidade de inscrição no INPCI a legislação portuguesa prevê claramente (Costa, 2019).

O bairro usufrui, ainda, de uma biblioteca “António Ramos Rosa”, um espaço onde se encontra um vasto leque de materiais didáticos para o aumento do conhecimento, disponível ao público em geral.

O bairro beneficia também de um Centro de Documentação designado “Stanislaw Tomkiewicz”, que funciona como um cartório, e que presta apoio a pessoas com dificuldade em obter a documentação legal de residência nos Serviços de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e nos processos para obtenção da nacionalidade portuguesa, incluindo o apoio na área jurídica.

O projeto Navega que integra o pólo de informática trata-se de um espaço onde a associação dá aulas de informática a crianças e jovens, e ainda abrange um projeto com a população idosa do bairro.

A ACMJ ainda assegura, em parceria com a Segurança Social, uma cozinha comunitária com o objetivo de fornecer refeições quentes diárias aos associados e moradores mais desfavorecidos da comunidade, com um custo de 1 (um) euro ou através da troca de serviços entre os beneficiários e a associação.

Por fim, a ACMJ conta com um serviço social de proximidade à população residente, o Gabinete de Ação Social (GAS). Trata-se de um serviço prestado em parceria com a Segurança Social que tem como objetivo descentralizar os serviços de apoio social disponíveis aos moradores da comunidade.

Estes projetos sociais encontram-se dispersos por diferentes edifícios na comunidade, devido à falta de um espaço único que permita a sua centralização. A ACMJ desenvolve ainda, várias atividades no âmbito do desenvolvimento do bairro,

como por exemplo: Atividades para crianças (serviço de creche, jardins de infância e o Centro de Atividades de Tempos Livres, CATL), atividades para os jovens “Bem Passa Ku Nos” onde desenvolvem formações para adolescentes, atualmente com 25 participantes. Neste mesmo âmbito, existe o projeto “Nu Kre” que realiza intercâmbios nacionais e internacionais, o núcleo desportivo de basquetebol e atletismo e os grupos de dança Wonderfull’s Cova M e Blacks Powers.

### **3.3. Objetivos do estudo exploratório**

O objetivo geral desta investigação prende-se com a análise do suporte social e da qualidade de vida nos seus vários domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) numa amostra de pessoas idosas Cabo-Verdianas residentes em Portugal.

No sentido de complementar a investigação definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- i) Caracterizar os idosos da amostra em relação às variáveis sociodemográficas, nomeadamente género, idade, estado civil, escolaridade, com quem vive;
- ii) Analisar as relações entre variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, escolaridade, com quem vive), suporte social e a qualidade de vida;
- iii) Analisar quais as variáveis preditivas de uma maior qualidade de vida das pessoas idosas Cabo-verdianas residentes em Portugal.

### **3.4. Participantes**

Participaram neste estudo 50 idosos cabo-verdianos residentes na Cova da Moura, bairro do município da Amadora. A partir da década de 70 foram-se fixando neste bairro populações oriundas de Cabo Verde, existindo atualmente uma vasta comunidade imigrante.

Os idosos que participaram neste estudo têm idades compreendidas entre os 60 e os 85 anos, e responderam ao questionário com o apoio da investigadora. Os inquéritos foram administrados entre os meses de Maio e Setembro de 2018.

No que diz respeito à recolha da amostra, esta foi recolhida diretamente na comunidade, na residência de cada um dos inquiridos. A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística por conveniência, dado que as pessoas idosas que participaram no estudo foram escolhidas de acordo com a disponibilidade e facilidade de acesso.

### **3.5 - Instrumentos de recolha de dados**

Tendo em conta os objetivos e as características do estudo foram definidos um conjunto de questões de resposta fechada, e recorreu-se à utilização de quatro instrumentos de recolha de dados:

O questionário de caracterização demográfica, com as seguintes variáveis (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão que exercia, números de filhos).

Para avaliar o suporte social utilizou-se a Escala de Avaliação do Suporte Social (SSQ-6), adaptado por Cavaleiro (2012) para a população idosa portuguesa a partir de uma anterior construída por Sarason, Sarason, Shearin & Pierce (1987). A escala tem como objetivo avaliar duas dimensões básicas da perceção do suporte social: a satisfação e o número, correspondendo à qualidade e à quantidade do suporte. A escala é formada por seis itens, sendo que cada um deles é composto por duas partes, que apresenta dois resultados parciais. A primeira parte avalia a perceção do número de pessoas que cada indivíduo percebe como estando disponíveis para o ajudar e apoiar

numa determinada situação. Na segunda parte, cada item apresenta uma escala de seis pontos, permitindo o indivíduo exprimir o grau de satisfação com a generalidade do suporte recebido em cada situação apresentada (Pinheiro & Ferreira, 2002).

Para avaliação da QdV utilizou-se a Escala de Avaliação de Qualidade de Vida em pessoas idosas da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-Bref). Trata-se de um instrumento que avalia em diferentes domínios a QdV, num total de 26 itens, dos quais 24 itens avaliam o domínio físico (nível de independência), psicológico (nível espiritual), relações sociais e ambiente e outros dois itens são de QdV geral (Vilar et al., 2016).

Para avaliar o risco de isolamento social, foi utilizada a Escala de Redes Sociais de Lubben (Lubben Social Network Scale, LSNS – 6), adaptado na versão portuguesa por (Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa, & Paúl, 2012). Trata-se de um instrumento elaborado especificamente para pessoas idosas e o mais utilizado neste grupo etário, que tem como objetivo avaliar o risco de isolamento social das mesmas e a sua integração social na comunidade.

A LSNS-6 é constituída por dois grupos de questões que avaliam, por um lado, as relações familiares e, por outro, as relações de amizade. Estes três itens e as questões são repetidos em relação aos amigos, incluindo aqueles que vivem na vizinhança da pessoa idosa. A pontuação total da escala resulta do somatório dos 6 itens, a qual vai de 0 a 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala entre 0 e 5 (“0”, “1”, “2”, “3 ou 4”, “5 a 8” e “9 e mais”). Uma pontuação inferior a 12 identifica o indivíduo como socialmente isolado (Ribeiro, et al., 2012).

E por último, utilizou-se a Escala de Avaliação da Situação Sócio-Familiar de Gijón, para avaliar situações de risco social nas pessoas idosas, sendo um instrumento útil na prática da assistência social em contexto de saúde primária em pessoas idosas (González et al., 1999; versão portuguesa Murão, 2008).

### **3.6. Procedimento de recolha dos dados**

O estudo foi realizado no âmbito do estágio que decorreu na sala intergeracional da ACMJ e através de visitas domiciliárias. Normalmente as atividades com as pessoas idosas são organizadas por temas, e são facilitadas durante a semana por voluntários da ACMJ e pelos estagiários, quando presentes. Contam com aulas de alfabetização, aulas de ginástica, aulas de expressão plástica, entre outras atividades, nomeadamente preparativos e enfeites do bairro no âmbito de celebrações de datas especiais, passeios fora da comunidade e intercâmbios com outras associações com os mesmos fins.

Relativamente às atividades desenvolvidas enquanto estagiária, abrangeram a área social e da saúde, com sessões de educação para a saúde que exploraram diversos temas, entre eles a hipertensão arterial, diabetes, a importância da hidratação no envelhecimento, alimentação saudável e doenças cardíacas. As atividades decorreram todas as quartas-feiras, sextas-feiras e sábados durante o período do estágio. Ainda enquadrada nestas atividades foi organizada uma Feira de Saúde destinada à comunidade em geral, onde se disponibilizaram vários serviços de divulgação e prevenção para a saúde, avaliações de parâmetros vitais, orientações sobre alimentação, entretenimento, entre outras atividades. Estas atividades permitiram um maior conhecimento da realidade da população-alvo e o estabelecimento de uma relação de certa proximidade e de confiança, que se revelou ser extrema relevância para a realização do estudo de diagnóstico (atividades realizadas disponíveis em Apêndices).

No que se refere às visitas domiciliárias, estas foram feitas às famílias com pessoas idosas a fim de realizar um diagnóstico social com o objetivo de apurar possíveis riscos de isolamento social, défice nas redes de suporte social e implicações ao nível da qualidade de vida.

Relativamente aos procedimentos inerentes à recolha de dados, foram realizadas visitas domiciliárias às pessoas idosas que frequentam ou não as atividades intergeracionais na ACMJ, com o intuito de explicar detalhadamente os objetivos da investigação e informar sobre o valor da sua confidencialidade e anonimato.



Posteriormente, ao aceitar participar no estudo foi apresentado o Consentimento Informado (Apêndice I).

Considerando as características da população idosa em estudo, foram definidos dois critérios de exclusão: a idade (a partir dos 60 anos) e não apresentar défice cognitivo. Após este procedimento, foi iniciada a aplicação dos instrumentos escolhidos para o efeito de recolha de dados, no domicílio de cada pessoa idosa. A recolha dos dados na comunidade ocorreu entre Julho e Setembro de 2018.

### **3.7. Análise dos dados**

“A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram escolhidos e descrever os valores obtidos pela medida de variáveis” Fortin (2003, p. 277).

Para a análise dos dados foi utilizado o *software* de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 25. Posteriormente recorreu-se a diferentes testes estatísticos, consoante os diferentes objetivos do estudo.

Foi realizada uma análise descritiva nomeadamente através do cálculo de indicadores de tendência central e dispersão, tabelas de frequências e análise gráfica. Utilizaram-se também tabelas de contingência, análise de correlações e diagramas de dispersão para avaliar relações entre pares de variáveis.

Procedeu-se, de seguida, à aplicação de outras técnicas de inferência estatística (testes de hipóteses t-student, ANOVA) de forma a compreender a existência de diferenças em termos de qualidade de vida e risco social entre as categorias das variáveis demográficas.

Para prever a qualidade de vida com base no suporte social e noutras variáveis sócio-demográficas efetuou-se uma análise de regressão linear múltipla.

### 3.8 - Questões éticas e deontológicas

A realização de investigações sociais ou científicas implicam sempre a ponderação sobre as possíveis questões morais e éticas inerentes.

Aliás, sustenta Fortin (2003) que na procura do conhecimento existe um limite que não deve ser ultrapassado, referente ao respeito pela pessoa idosa que deve garantir a proteção do seu direito de viver livre e com dignidade, enquanto ser humano. Para cumprir as normas éticas da pesquisa e da intervenção, foi feito um pedido formal de autorização para a realização do estudo. Este pedido foi feito presencialmente junto da diretora técnica da Associação Cultural Moinho da Juventude, com a apresentação dos respetivos objetivos de estudo.

Durante a realização desta investigação, foi ressaltada e mantida a preocupação de ter sempre presente o respeito pela pessoa idosa, garantindo do anonimato e a confidencialidade, assim como a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

De acordo com o código deontológico (2011), é importante ter em conta vários princípios:

- 1 - **Respeito pela dignidade e direitos das pessoas** – o investigador deve respeitar as decisões e os direitos das pessoas idosas entrevistadas.
- 2 - **Competência** – exercer o procedimento de acordo com os aspectos técnicos e científicos da profissão.
- 3 - **Responsabilidade** – o investigador deve contribuir para os bons resultados do trabalho realizado nas diferentes dimensões e assumir a sua responsabilidade.
- 4 - **Integridade** – prevenir e evitar os conflitos de interesse.
- 5 - **Beneficência e não maleficência** – o investigador não deve intervir de modo a prejudicá-lo ou causar-lhe qualquer tipo de dano, quer por ações, quer por omissão.

Assim, como forma de corresponder aos princípios supracitadas, foi pertinente apresentar um consentimento informado (Apêndice I) a cada pessoa idosa entrevistada, para a validar a sua participação voluntária, e posteriormente tratar os dados com limites de confidencialidade.

## Capítulo IV - Apresentação e Discussão dos Resultados

### 4.1. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 50 participantes (Tabela 1), cujas idades variam entre os 60 e os 85 anos (média=70,86; desvio padrão=6,21). Relativamente ao género dos inquiridos, 72% (n=36) são do sexo feminino e os restantes 28% (n=14) do sexo masculino. No que diz respeito ao estado civil, 26% (n=13) são solteiros, 34% (n=17) são casados ou vivem em união de fato, 16% (n=8) são divorciados e 24% (n=12) são viúvos. No que concerne à escolaridade, 36% (n=18) concluíram o ensino básico enquanto os restantes 64% (n=32) não o concluíram. Já relativamente às pessoas com quem os idosos vivem, 24% (n=12) vivem sozinhos, 34% (n=17) vive com o cônjuge, 24% (n=12) com os filhos e 18% (n=9) com outros familiares. Quanto ao número de filhos, 38% (n=19) dos participantes no estudo têm 4 ou mais filhos, 10% (n=5) têm 3 filhos, 24% (n=12) têm 2 filhos, 18% (n=9) têm 1 filho e apenas 10% (n=5) não têm filhos. Os inquiridos desta amostra exercem a sua atividade profissional maioritariamente no setor terciário (68%, n=34), enquanto a percentagem dos inquiridos que trabalha no setor primário e no setor secundário é de 16% (n=8) para ambos os casos.

**Tabela 1: Caraterísticas Sociodemográficas dos participantes**

		N	%
<b>Género</b>	<b>Feminino</b>	<b>36</b>	<b>72</b>
	Masculino	14	28
<b>Estado civil</b>	Solteiro	13	26
	Casado/União de Fato	17	34
	Divorciado	8	16
	Viúvo	12	24
<b>Escolaridade</b>	Ensino básico	18	36
	Sem escolaridade	32	64
<b>Com quem vive</b>	Sozinho	17	34
	Com o cônjuge	12	24
	Com os filhos	12	24
	Com outros familiares	9	18
<b>Número de filhos</b>	Sem filhos	5	10
	1 filho	9	18
	2 filhos	12	24
	3 filhos	5	10
	4 ou mais filhos	19	38

<b>Atividade</b>	Setor primário	34	68
	Setor secundário	8	16
	Setor terciário	8	16

Através de uma análise de correlações, conseguimos identificar uma associação negativa moderada entre a idade e o grau de escolaridade ( $r=-0,477$ ,  $p<0,01$ ), ou seja, podemos afirmar que existe uma tendência para os indivíduos com maior idade possuírem um menor grau de escolaridade. Para além disso, existe uma associação entre o número de filhos e o género, sendo que as mulheres têm um maior número de filhos que os homens ( $r=-0,372$ ,  $p=0,008$ ).

## 4.2 - Análise descritiva das variáveis e diferenças entre grupos

Os resultados obtidos permitem concluir que as pessoas idosas que participaram neste estudo apresentam valores baixos de suporte social (Tabela 2). No que se refere à qualidade de vida, a dimensão física foi aquela em que os resultados foram mais baixos, enquanto a dimensão psicológica foi a que apresentou valores mais elevados.

**Tabela 2: Análise descritiva da qualidade de vida e suporte social**

		<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Suporte Social (0 a 30)</b>		7,42	3,04	0,00	13,00
<b>Qualidade de vida (0 a 100)</b>	Índice geral	70,80	9,22	50,00	90,00
	Físico	61,77	10,36	40,00	85,71
	Psicológico	69,00	8,68	53,33	93,33
	Relações Sociais	65,87	9,10	46,67	80,00
	Meio Ambiente	64,65	7,09	47,50	77,50

**Nota:** Suporte Social (escala de Lubben); Qualidade de Vida (WHOQOL – escala convertida 0 a 100)

Foi efetuado o cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson para analisar a relação entre a idade, o suporte social e qualidade de vida (Tabela 3). Verificou-se a existência de valores estatisticamente significativos para todas as dimensões da qualidade de vida, existindo uma correlação negativa entre a idade e estes indicadores. Ou seja, quanto maior é a idade menor a perceção de qualidade de vida indicada pelos

inquiridos. A dimensão física é aquela em que esta relação é mais forte ( $r=-0,631$ ,  $p<0,01$ ).

**Tabela 3: Análise correlacional da qualidade de vida e suporte social em relação à idade**

		<b>Idade</b>	<b>P</b>
<b>Suporte Social</b>		-0,113	0,437
<b>Qualidade de vida</b>	Índice geral	-0,365**	0,009
	Físico	-0,631**	0,000
	Psicológico	-0,464**	0,001
	Relações Sociais	-0,575**	0,000
	Meio Ambiente	-0,336*	0,017

**Nota:** Suporte Social (escala de Lubben); Qualidade de Vida (WHOQOL – escala convertida 0 a 100)

A diferença verificada nos inquiridos relativamente à qualidade de vida e ao suporte social, de acordo com o género, foi analisada através do teste t (após a verificação do pressuposto da homogeneidade das variâncias através do teste de Levene, ( $p>0,05$ ). Assim, conforme dados apresentados na tabela 4, conclui-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas no suporte social ( $t=2,018$ ,  $p=0,049$ ) e na dimensão das relações sociais da qualidade de vida ( $t=-2,069$ ,  $p=0,044$ ) com o género.

Especificamente, as mulheres apresentam um nível superior de suporte social enquanto os homens apresentam níveis mais elevados quanto às relações sociais associadas à qualidade de vida.

**Tabela 4: Teste t para a diferença de valores médios entre géneros para as variáveis qualidade de vida e suporte social**

		<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>Suporte Social (0 a 30)</b>		Feminino	36	7,94	2,99	2,018	0,049*
		Masculino	14	6,07	2,84		
<b>Qualidade de Vida (1 a 5)</b>	Índice geral	Feminino	36	70,00	8,28	-0,983	0,330
		Masculino	14	72,86	11,39		
	Físico	Feminino	36	60,56	9,99	-1,342	0,186
		Masculino	14	64,90	11,00		
	Psicológico	Feminino	36	68,61	8,81	-	0,617
		Masculino	14	68,61	8,81		

						0,504	
		Masculino	14	70,00	8,57		
	Relações Sociais	Feminino	36	64,26	9,31	-2,069	0,044*
		Masculino	14	70,00	7,28		
	Meio Ambiente	Feminino	36	64,38	7,28	-0,436	0,665
		Masculino	14	65,36	6,78		

**Notas:** \*  $p < 0,05$ ; Suporte social (escala de Lubben); Qualidade de vida (WHOQOL – escala convertida 0 a 100)

Adicionalmente, para identificar as questões mais específicas em que se verificam diferenças significativas entre os géneros, procedeu-se a um conjunto de testes *t-student* onde se podem retirar as seguintes conclusões:

- i) Para as mulheres, as dores físicas são mais impeditivas para o que necessitam de fazer do que para os homens ( $t=2,459$ ,  $p=0,018$ );
- ii) Os homens afirmam estar mais satisfeitos com a sua vida sexual do que as mulheres ( $t=-2,134$ ,  $p=0,038$ );
- iii) As mulheres vêem ou falam mais frequentemente com familiares do que os homens ( $t=2,267$ ,  $p=0,028$ );
- iv) As mulheres sentem-se próximas de familiares a quem possam pedir ajuda ( $t=2,866$ ,  $p=0,008$ ).

Para testar a existência de diferenças na qualidade de vida e no suporte social consoante o estado civil, foi efetuado o teste ANOVA (Tabela 5). Concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão relativa às relações sociais da qualidade de vida. Adicionalmente, para especificar entre que estado civil é que essas diferenças se verificavam procedeu-se ao teste de comparações múltiplas de Tukey. Os inquiridos viúvos apresentam valores significativamente inferiores quando comparados com os solteiros e com os casados / união de fato.

**Tabela 5: Teste ANOVA para a diferença de valores médios entre estado civil para as variáveis qualidade de vida e suporte social**

		Estado civil	N	Média	Dp	F	P
<b>Suporte Social (0 a 30)</b>		Solteiro	13	7,46	3,69	1,675	0,186
		Casado/União fato	17	7,35	2,23		
		Divorciado	8	5,63	3,58		
		Viúvo	12	8,67	2,61		
<b>Qualidade de Vida (1 a 5)</b>	Índice geral	Solteiro	13	69,26	10,38	0,798	0,502
		Casado/União fato	17	72,94	8,49		
		Divorciado	8	72,50	8,86		
		Viúvo	12	68,33	9,37		
	Físico	Solteiro	13	60,44	11,83	2,357	0,084
		Casado/União fato	17	66,55	9,13		
		Divorciado	8	61,07	11,11		
		Viúvo	12	56,90	7,84		
	Psicológico	Solteiro	13	68,72	10,05	1,859	0,150
		Casado/União fato	17	72,55	8,94		
		Divorciado	8	67,50	7,29		
		Viúvo	12	65,28	6,27		
	Relações Sociais	Solteiro	13	68,72	10,32	3,175	0,033*
		Casado/União fato	17	68,24	8,00		
		Divorciado	8	65,83	8,31		
		Viúvo	12	59,44	7,22		
	Meio Ambiente	Solteiro	13	64,62	8,16	1,420	0,249
		Casado/União fato	17	67,21	6,37		
		Divorciado	8	61,88	8,74		
		Viúvo	12	62,92	4,98		

**Notas:** \*  $p < 0,05$ ; Suporte social (escala de Lubben); Qualidade de vida (WHOQOL – escala convertida 0 a 100)

Efetuuou-se, ainda, um teste ANOVA para identificar as questões mais específicas em que se verificam diferenças significativas na variável estado civil. Daqui conclui-se a existência de diferenças nos seguintes aspetos:

- i) Os idosos viúvos têm mais frequentemente sentimentos negativos como a tristeza, ansiedade, desespero ou depressão do que os idosos casados ou em união de facto ( $F=3,040$ ,  $p=0,038$ );

- ii) Os viúvos indicaram um menor grau de satisfação com a sua vida sexual do que os casados/união facto e do que os solteiros ( $F=4,932$ ,  $p=0,005$ ).

No que diz respeito à escolaridade não se verificaram diferenças significativas entre os indivíduos sem escolaridade e os indivíduos com escolaridade básica, conclusão obtida através da aplicação do teste t (tabela 6).

**Tabela 6: Teste t para a diferença de valores médios entre níveis de escolaridade para as variáveis qualidade de vida e suporte social**

		Escolaridade	N	Média	Dp	T	P
Suporte Social (0 a 30)		Sem escolaridade	32	7,75	2,54	1,025	0,311
		Ensino básico	18	6,83	3,78		
Qualidade de vida (1 a 5)	Índice geral	Sem escolaridade	32	70,31	9,99	-0,494	0,623
		Ensino básico	18	71,67	7,86		
	Físico	Sem escolaridade	32	60,00	9,15	-1,640	0,107
		Ensino básico	18	64,92	11,83		
	Psicológico	Sem escolaridade	32	67,29	7,11	-1,904	0,063
		Ensino básico	18	72,04	10,49		
	Relações Sociais	Sem escolaridade	32	64,58	8,87	-1,341	0,186
		Ensino básico	18	68,15	9,30		
	Meio Ambiente	Sem escolaridade	32	65,00	5,89	0,462	0,646
		Ensino básico	18	64,03	9,00		

**Notas:** \*  $p<0,05$ ; Suporte social (escala de Lubben); Qualidade de vida (WHOQOL – escala convertida 0 a 100)

#### **4.2.1. Análise correlacional das dimensões da qualidade de vida e do suporte social**

Todas as dimensões relativas à qualidade de vida estão correlacionadas positivamente entre si, sendo que a correlação mais forte se verifica entre as componentes física e psicológica ( $r=0,699$ ;  $p<0,01$ ). Já no que diz respeito ao suporte social, conclui-se que este apenas está correlacionado significativamente com a componente de relações sociais ( $r=0,303$ ;  $p=0,033$ ) e com a componente do meio ambiente ( $r=0,542$ ;  $p<0,01$ ).



#### 4.2.2. Análise das variáveis preditivas da qualidade de vida

Recorreu-se ao modelo de regressão linear múltipla para tentar avaliar a possibilidade de algumas variáveis poderem prever com algum sucesso o nível de qualidade de vida dos inquiridos. As variáveis explicativas testadas foram a idade, o estado civil (após transformação da variável inicial com 4 categorias em variáveis) e o suporte social. Foram testados modelos para prever as várias componentes da qualidade de vida (física, psicológica, relações sociais e meio ambiente).

De entre os modelos testados, o modelo estatisticamente significativo ( $R^2=0,483$ ,  $F=14,298$ ;  $p<0,01$ ) que apresenta maior coeficiente de determinação é o que modela a componente das relações sociais da qualidade de vida. Concluiu-se que 48,3% da variação desta componente é explicada pelo suporte social, pela idade e pelo facto de o inquirido ser ou não viúvo (todas estas variáveis são significativas no modelo,  $t=2,997$ ,  $p=0,004$ ;  $t=-3,725$ ,  $p=0,001$  e  $t=-2,903$ ,  $p=0,006$ , respetivamente) (cf. Tabela 7).

Segundo este modelo, o suporte social influencia positivamente a componente das relações sociais da qualidade de vida. Já a idade e o facto de se ser viúvo têm uma influência negativa, ou seja, pessoas com mais idade e pessoas viúvas apresentam índices de qualidade de vida relativos às relações sociais mais baixos.

**Tabela 7: Modelo de regressão linear, variável dependente = qualidade de vida (Relações Sociais)**

Variáveis independentes	Coeficientes		Coeficientes Standardizados	Estatística de teste T	P
	Beta (B)	Desvio-padrão (DP)	Beta standardizado (B)		
<b>Constante</b>	5,222	0,622		8,394	0,000*
<b>Suporte Social</b>	0,050	0,017	0,334	2,997	0,004*
<b>Idade</b>	-0,031	0,008	-0,427	-3,725	0,001*
<b>Estado civil = Viúvo</b>	-0,358	0,123	-0,340	-2,903	0,006*

Nota: \*  $p<0,05$

A outra dimensão da qualidade de vida com um modelo de regressão linear múltipla globalmente significativo é o meio ambiente ( $R^2=0,371$ ,  $F=13,842$ ;  $p<0,01$ ).

Segundo o resultado obtido, 37,1% da variação desta componente é explicada pelo suporte social (influência positiva) e pela idade (influência negativa).

**Tabela 8: Modelo de regressão linear, variável dependente = qualidade de vida (meio ambiente)**

Variáveis independentes	Coeficientes		Coeficientes Standardizados	T	P
	B	DP	B		
<b>Constante</b>	3,915	0,494		7,925	0,000*
<b>Suporte Social</b>	0,060	0,014	0,511	4,389	0,000*
<b>Idade</b>	-0,016	0,007	-0,278	-2,390	0,021*

Nota: \*  $p<0,05$

### 4.3 – Discussão dos Resultados

Logo após a apresentação dos resultados impõem-se dar resposta aos objectivos do presente estudo. A discussão dos dados permite-nos referir aquilo que empiricamente foi o mais evidente e que importa salientar. A discussão dos resultados permita-nos compreender os dados recolhidos no terreno, para depois podermos estabelecer a ligação com o enquadramento teórico que deram suporte à presente investigação. Ao analisar os resultados deste estudo, não obstante a presença e/ou ausência de relação entre as variáveis, foram detetadas algumas associações dignas de referenciar:

Sob uma perspetiva meramente quantitativa, dos cinquenta (50) idosos estudados, foram identificados 72% (36) do sexo feminino e 28% (14) do sexo masculino, na faixa etária dos 60 aos 85 anos. Os dados foram colhidos e apresentados em forma de tabelas para uma melhor análise. De acordo com a tabela 1, do total da amostra de 50 idosos, verificou-se uma predominância do sexo feminino relativamente ao sexo oposto, representando a tendência actual, já que a esperança média de vida é superior para as mulheres. Este resultado vai de encontro com às características sociodemográficas verificadas nos últimos anos, da feminização da imigração em

Portugal, assumindo as mulheres maior importância relativa no total de imigrantes residentes (Quintino, 2018).

Relativamente ao estado civil, 34% são casados ou vivem em união de fato, seguido de 26% para os solteiros, 24% para os viúvos, e os restantes 16% divorciados.

Referir que a nível da escolaridade, 36% concluíram o ensino básico enquanto os restantes 64% não o concluíram, aspeto que nos remete a uma análise moderadamente negativa entre a idade e o grau de escolaridade ( $r=-0,477$ ,  $p<0,01$ ), ou seja, existe uma tendência das pessoas idosas com mais idade para terem um menor grau de escolaridade.

Tendo em conta que a nossa amostra é predominada pelo sexo feminino e pelos relatos das próprias senhoras participantes do estudo, estes dados conduzem à conclusão de que no passado a educação não incluía as mulheres. Estes dados também vão de encontro ao estudo de Lima, (2016), que refere não existir obrigatoriedade da educação no início do século XX, explicando a falta de escolarização nas pessoas mais idosas.

Como podemos verificar na tabela 6, não se verificaram diferenças significativas entre os indivíduos sem escolaridade e os indivíduos com escolaridade básica, conclusão obtida através da aplicação do teste t.

Através da tabela 1, pode-se analisar que 12 idosos (24%) moram sozinhos e a grande maioria (17 idosos correspondente a 34% da amostra) habitavam com os respectivos companheiros.

Também pode-se constatar que 12 dos idosos em estudo (24%) vivem com os respetivos filhos, e os restantes 9 idosos, representado com 18% vivem com outros familiares. Sendo que o mais comum é de 4 pessoas numa habitação, pois, esta informação vai de encontro com a previsão do INE (2002) comparativamente a um futuro próximo, onde haverá probabilidade de encontrar famílias em que coabitem três e/ou quatro gerações.

Ainda de acordo com os dados da tabela 1, referir que a maioria das pessoas idosas entrevistadas tem 4 ou mais filho correspondente à 38% (19), seguido de 10% correspondente 5 dos idosos que tem 3 filhos, 12 (24%) idosos com 2 filhos, 9 (18%) idosos com 1 filho e os restantes 5 (10%) idosos referiram não ter filhos. Salientar porém, que estes dados nos remetem à tradicional estrutura familiar, onde vivem vários membros da família no mesmo espaço habitacional. Segundo Bento XVI (2011, cit. in. Caniço, 2014), a família é considerada a primeira célula da sociedade humana, com relações harmoniosas a todos os níveis de convivência, construindo assim uma base

social sólida, com o intuito de ensinar a todos as próprias responsabilidades na vida, numa sociedade de livre expressão. Ainda constatou-se uma associação entre o número de filhos e o género, sendo que as mulheres têm um maior número de filhos que os homens ( $r=-0,372$ ,  $p=0,008$ ).

Relativamente à amostra em estudo, existe uma grande variedade de profissões anteriores à reforma tais como: Costureira, vendedeira ambulante, empregada doméstica, serviço de restauração, agricultor, construção civil (pedreiro/ajudante), cuidadora de criança, marinheiro, cozinheira. Para facilitar a caracterização da amostra, dividiram-se as várias profissões em setores: as pessoas idosas entrevistadas na sua maioria exerceram as suas profissões no setor terciário representando 68% dos entrevistados (34) e os restantes 16% (8) exerceram as suas profissões enquadradas no setor primário e secundário.

Relativamente à qualidade de vida, a dimensão física apresentou valores baixos face à dimensão psicológica, que apresentou valores mais elevados. Foram, também encontrados valores estatisticamente significativos para todas as dimensões da qualidade de vida (na relação entre a idade, o suporte social e qualidade de vida), permitindo concluir que as pessoas idosas entrevistadas apresentam valores baixos de suporte social.

Conclui-se, ainda, que existem diferenças estatisticamente significativas no suporte social ( $t=2,018$ ,  $p=0,049$ ) e na dimensão das relações sociais da qualidade de vida ( $t=-2,069$ ,  $p=0,044$ ) com o género, ou seja, as mulheres apresentam um nível superior de suporte social enquanto os homens apresentam níveis mais elevados quanto às relações sociais associadas à qualidade de vida. Segundo este estudo, a qualidade de vida das pessoas idosas depende de vários aspectos individuais, especialmente da sua interação com a sua família, o seu meio ambiente, a sua vizinhança, bem como, as instituições e profissionais (Correia, 2016).

De acordo com a tabela 5, foi aplicado o teste ANOVA para testar a existência de diferenças da qualidade de vida e do suporte social consoante o estado civil da população idosa em estudo, tendo-se verificado que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão das relações sociais da qualidade de vida. Revelou-se, também, pertinente especificar entre que estado civil é que essas diferenças se verificaram e, para o efeito, procedeu-se à realização do teste de comparações múltiplas de Tukey. O resultado aponta que os viúvos apresentam valores significativamente inferiores quando comparados com os solteiros e com os casados / em união de fato.

Em síntese, ainda com o teste ANOVA, pretendeu-se identificar questões mais específicas nas quais se verificam diferenças significativas na variável estado civil. Os resultados encontrados apontam que os idosos viúvos têm mais frequentemente sentimentos negativos como a tristeza, ansiedade, desespero ou depressão do que os idosos casados ou em união de facto ( $F=3,040$ ,  $p=0,038$ ). Ainda os viúvos apresentaram um menor grau de satisfação com a sua vida sexual do que os casados/união facto e do que os solteiros ( $F=4,932$ ,  $p=0,005$ ).

Relativamente a QdV, é importante referir que as suas dimensões estão todas correlacionadas positivamente entre si, verificando que a correlação mais expressiva encontra-se entre as componentes física e psicológica ( $r=0,699$ ;  $p<0,01$ ). Em relação ao suporte social, conclui-se que apenas está correlacionado significativamente com a componente de relações sociais ( $r= 0,303$ ;  $p=0,033$ ) e com a componente do meio ambiente ( $r=0,542$ ;  $p<0,01$ ).

Através do modelo de regressão linear múltipla, a investigadora quis avaliar a possibilidade de algumas variáveis indicarem com algum êxito o nível de qualidade de vida das pessoas idosas inquiridas. A avaliação foi feita com as seguintes variáveis: idade, o estado civil e o suporte social. Foram testados modelos para determinar as várias componentes da qualidade de vida (física, psicológica, relações sociais e meio ambiente). De entre os modelos testados, o modelo estatisticamente significativo ( $R$  quadrado= $0,483$ ,  $F=14,298$ ;  $p<0,01$ ) que apresenta maior coeficiente de determinação é o que delinea a componente das relações sociais da qualidade de vida.

Verificou-se através da tabela 7 que 48,3% da variação desta componente é explicada pelo suporte social, pela idade e pelo facto da pessoa idosa inquirida ser ou não viúvo, sendo todas estas variáveis significativas no modelo de regressão linear múltipla ( $t=2,997$ ,  $p=0,004$ ;  $t=-3,725$ ,  $p=0,001$  e  $t=-2,903$ ,  $p=0,006$ , respetivamente).

Baseado neste modelo, o suporte social influencia positivamente a componente das relações sociais da qualidade de vida. Já a idade e o facto de se ser viúvo têm uma influência negativa, ou seja, as pessoas inquiridas com mais idade e os viúvos apresentam índices de qualidade de vida em relação às relações sociais mais baixos.

Este modelo ainda apresenta resultados significativos no aspeto do meio ambiente, na dimensão da QdV, ( $R^2=0,371$ ,  $F=13,842$ ;  $p<0,01$ ). Mediante os resultados apurados, 37,1% da variação desta componente é explicada pelo suporte social com uma influência positiva e pela idade com uma influência negativa.

#### **4.4 - Reflexão sobre as atividades desenvolvidas no estágio**

Este estágio decorreu entre o mês de Maio e Setembro de 2018, onde pretendeu-se estudar a relação ou influência das redes de suporte social na qualidade de vida de um grupo de pessoas idosas cabo-verdianas residentes na Cova da Moura/Lisboa. O estágio incluiu, ainda, a observação, participação e acompanhamento de possíveis casos de isolamento social das pessoas idosas participantes ou não, nas atividades intergeracionais da ACMJ.

Assim sendo, conclui-se que os objetivos da avaliação foram alcançados com êxito, como se pode verificar na apresentação das atividades realizadas descritas na Secção Apêndice do presente relatório de estágio. Quanto à participação das pessoas idosas, verificou-se uma aderência boa, tanto nas atividades realizadas bem como na recolha dos dados nos seus respetivos domicílios.

Efectivamente, as pessoas idosas envolvidas neste projeto de estudo, gostaram bastante das atividades, demonstrando interesse para uma possível continuação, apesar das limitações temporárias sentidas que não permitiram prolongar o projeto. De referir também a satisfação demonstrada pela instituição acolhedora deste projeto de estágio, representada por um tutor que acompanhou de perto todo o desenrolar das atividades, e o engajamento e acolhimento positivo que a estagiária sentiu por parte da população idosa e da população em geral residente na comunidade de Cova da Moura.

Mesmo não conseguindo atingir o objetivo no acompanhamento e intervenção nas situações de isolamento social, derivado ao tempo limitado e condições difíceis no terreno (difícil acesso e mobilidade por entre as ruas e becos do bairro), foi gratificante a experiência, o contato e o contributo dado junto desta população idosa de origem cabo-verdiana. O estágio foi bem-sucedido na obtenção do objetivo pretendido.

## Conclusão

O envelhecimento com saúde e com qualidade de vida é um desafio para as autoridades e para a sociedade em geral. A busca por instituições de longa permanência para pessoas idosas tem vindo a crescer a cada dia, surgindo como alternativa para famílias de baixa renda, ou para as pessoas idosas que perderam os seus vínculos familiares. Com o presente estudo pretendeu-se analisar a influência das redes de suporte social relativamente à qualidade de vida das pessoas idosas (imigrantes cabo-verdianos), residentes na Cova da Moura, sendo que se considera que os objetivos delineados foram alcançados. Desta forma, destacam-se os seguintes resultados :

De acordo com a amostra do estudo, dos 50 idosos alvo, 72% corresponde ao sexo feminino e 28% ao sexo masculino, estando as suas idades compreendidas entre 60 e os 85 anos. Nota-se, ainda, uma diferença entre o número de filhos e o género, sendo que as mulheres têm um maior número de filhos que os homens.

Concluiu-se, a partir dos resultados apurados, que as pessoas idosas participantes neste estudo apresentaram valores baixos de suporte social. No que concerne à qualidade de vida, a dimensão física foi aquela que apresentou valores mais baixos enquanto que a dimensão psicológica foi a que apontou valores mais elevados.

Relativamente aos resultados obtidos, as mulheres apresentam um nível superior de suporte social enquanto os homens apresentam níveis mais elevados quanto às relações sociais associadas à qualidade de vida. De acordo com o teste ANOVA ainda concluiu-se a existência de diferenças na qualidade de vida e no suporte social em relação ao estado civil, estatisticamente significativas na dimensão das relações sociais da qualidade de vida.

Analisando os resultados é possível concluir mais pormenorizadamente algumas questões importantes ligadas às diferenças encontradas entre géneros. Relativamente às mulheres, as dores físicas aparentam ser mais relevantes do que para os homens, uma vez que as mulheres entrevistadas indicaram enfrentar grandes desafios relacionados com sintomas fisiológicos, que impossibilitam a realização normal das suas atividades de vida diária (AVD). Por sua vez, os homens afirmam estar mais satisfeitos com a sua vida sexual do que as mulheres e as mulheres indicam manter um contato mais frequente com familiares do que os homens.

Ainda estes resultados ressaltam que a população idosa analisada no presente estudo apresentou-se um equilíbrio relativamente ao suporte social que influencia

positivamente o aspecto das relações sociais da qualidade de vida. Porém, observou-se que os fatores idade e viuvez têm uma influência negativa, fazendo com que as pessoas com mais idade e as pessoas viúvas apresentem índices de qualidade de vida mais baixos comparativamente ao apoio social.

Conclui-se, ainda, que para as pessoas idosas existem fatores que condicionam todo o processo do envelhecimento, nomeadamente aqueles que consideram a doença um aspeto bastante condicionante com a chegada da idade, assim como a falta de apoios por parte da sociedade em geral e muitas vezes por parte das próprias famílias.

É importante referenciar que a manutenção da independência e da autonomia das pessoas idosas é uma tarefa difícil e trata-se de uma conquista que merece ser analisada pelos países em desenvolvimento, que acompanha um acelerado crescimento da população idosa.

Efectivamente, para que as pessoas idosas alcancem um envelhecer com suporte social e qualidade de vida, é necessário unir forças com vista à definição de estratégias que garantam o direito dos idosos de serem tratados com respeito e dignidade.

Sendo assim, pode-se concluir que os objetivos inicialmente propostos foram cumpridos, salientando, no entanto, as limitações inerentes ao estudo, nomeadamente as temporais e espaciais.

A realização deste estudo constituiu um desafio extremamente enriquecedor para o processo académico da investigadora, na área da Gerontologia Social.

Esta experiência foi sinónimo de crescimento e amadurecimento, bem como de questionamento da realidade encontrada. Evidenciar, por fim, que com as intervenções realizadas, foi possível prevenir o isolamento social e promover qualidade de vida e bem-estar nas pessoas idosas participantes ou não do estudo, visto que verificaram-se mudanças positivas nas suas rotinas.

Tendo presente os resultados obtidos no estudo, sugere-se um novo estudo com um grupo mais abrangente, que possibilitará verificar a percepção das pessoas idosas relativamente à qualidade de vida no envelhecimento. Sugere-se, ainda, a aplicação de um plano de intervenção nos casos de isolamento social, dirigido a esta comunidade em estudo, uma vez que não existem estudos anteriores referentes ao tema em específico, nem com esta população alvo.



## Referências bibliográficas

Araújo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2016). Envelhecimento bem-sucedido e longevidade avançada. *Actas de Gerontologia*, 2 (1), 1-11.

Bahramnezhad, F., Chalikh, R., Bastani, F., Taherpour, M., & Navab, E. (2017). The social network among the elderly and its relationship with quality of life. *Electronic Physician*, 9 (5), 4306-4311. Doi: <http://dx.doi.org/10.19082/4306>

Bracons, H., & Malheiros, J. (2013). Imigração e envelhecimento: Estratégias sociais no trabalho com idosos imigrantes. In M. Carvalho (coord.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 163-176). Lisboa: Pactor.

Carneiro, J. A., Ramos, G. C., Barbosa, A. T., Mendonça, J. M., Costa, F. M., & Caldeira, A. P. (2016). Prevalence and factors associated with frailty in non-institutionalized older adults. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (3), 408-415. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690304>

Carvalho, M. I. (2013). Um percurso heurístico pelo envelhecimento. In M. Carvalho (coord.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 1-12). Lisboa: Pactor.

Carvalho, M. I., & Rodrigues, M. (2013). Pobreza e violência sobre os Idosos. In M. Carvalho (coord.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 137-148). Lisboa: Pactor.

Correia, C. (2016). Acessibilidade e suporte social. In H. Firmino, M. Simões, & J. Cerejeira (coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 439-443). Lisboa: Lidel.

Costa, C. S. Q. (2018). Património Cultural Imaterial: Políticas patrimoniais, agentes e organizações. O processo de patrimonialização do Kola San Jon em Portugal. Tese de Doutoramento em Antropologia. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/61279>

Dias, I., & Rodrigues, E. V. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro (coords.), *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 179-201). Lisboa: Lidel.

Direção Geral de Saúde, (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável: 2017 - 2025, 52. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Duarte, A., Joaquim, N., Lapa, F., & Nunes, C. (2014). Qualidade de vida e suporte social dos utentes da rede cuidados domiciliários. *Psicologia, saúde & doenças*, 15 (3), 623-634. Doi: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150306>

European Communities (2009). *The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. Luxembourg: European Communities

Firmino, H. (2016). Avaliação médico-psiquiátrica da pessoa mais velha. In H. Firmino, M. Simões, & J. Cerejeira (coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 111-126). Lisboa: Lidel

Fonseca, A. M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro (coords.), *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 95-106). Lisboa: Lidel.

Fortin, M. F. (2003). O processo de Investigação: da Concepção à realização. Loures, Lusociência.

Fundação Francisco Manuel dos Santos, (2017). Relatório Anual 2017, 1-60. Lisboa.

Gallardo, F. J. (2015). Cova da Moura: Inmigración cabo-verdiana y asociacionismo en la periferia de Lisboa. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 10 (2), 177-202. Doi: 10.11156/aibr.100203

Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Projeções de população residente 2012-2060*. Lisboa: INE. Instituto Nacional Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. Estudo elaborado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População no âmbito da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. *Revista de estudos demográficos*, 185-208. Madrid.

Instituto Nacional de Estatística (2013). *Estatísticas demográficas 2011*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional Estatística (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Destaque. A população estrangeira em Portugal – 2011*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatísticas da população residente, Portugal 2015*. Lisboa, Portugal

Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Censos de 2010*. Cabo Verde: INE. Disponível em: [www.ine.cv](http://www.ine.cv)

Karen, M. V. L., Miriam, S. V. L., Fenna, A. V. N., Judith, E. B., Henrica, C. W. V., Johannes, C. F. K., Guy, A. M. W., Raymond, W. J. G. O. (2019). What does quality of life mean to older adults? *A thematic synthesis*. 14 (3). Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>

Lei nº 57/2008 de 4 de Setembro. Código Deontológico. *Diário da República*, 2º série – nº 78, 20 de Abril de 2011. Lisboa: Assembleia da República.

Lima, M. P. (2016). Envelhecimento ativo e com sentido. In H. Firmino, M. Simões, & J. Cerejeira (coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 3-17). Lisboa: Lidel.

Luchesi, B. M., Brito, T. R., Costa, R. S., & Pavarini, S. C. (2015). Social support and intergenerational contact: Studying elderly patients with cognitive alterations. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17 (3), 1-8. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.25597>

Machado, F. L., & Roldão, C. (2010). Imigrantes Idosos: uma nova face da imigração em Portugal. *Observatório da imigração*. Lisboa: ACIDI

Machado, F. L., & Abranches, M. (2005). Caminhos limitados de integração social: Trajetórias socioprofissionais de cabo-verdianos e hindus em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 48, 69-91.

Marques, E. M. B. G., Sánchez, C. S., Vicario, B. P. (2014). O apoio como fator promotor da qualidade de vida do idoso. *Pedagogia Social. Revista Interuniversitária.*, 23, 253-271.

Monteiro, B. R., & Santos, P. (2016). A reforma como desafio: Viver ou sobreviver. Uma perspetiva de origem fenomenológica. In L. Pimentel, S. Lopes, & S. Faria (coords.), *Envelhecendo e aprendendo. A aprendizagem ao longo da vida no processo de envelhecimento ativo* (pp. 45-73). Lisboa: Coisas de ler.

Mouro, H. (2013). Envelhecimento, políticas de intervenção e serviço social. In M. Carvalho (coord), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 17-34). Lisboa: Lidel.

Nações Unidas (2020). Envelhecimento. ONU Portugal (p. 1-6). Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Nunes, L., & Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa: Editorial Caminho.

Oliveira, I. T., & Peixoto, J. (2012). Envelhecimento da população imigrante: O caso português. *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Envelhecimento Ativo*, 10, 45-81.

Oliveira, C. R. & Gomes, N. (2019). Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual. 1ª ed. (Imigração em Números – Relatórios Anuais 4): ISBN 978-989-685-106-4

Organização Mundial da Saúde (2005). Para que todas as mães e crianças contem. Relatório mundial da Saúde. *World Health Report*. Genebra: Suíça.

Pardal, S. (2014). *Envelhecer com dignidade*. Lisboa: Vieira da Silva.

Paúl, C. (2005a). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.), *envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.

Paúl, C. (2005b). Envelhecimento e Ambiente. In L. Sockza (Ed.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl, & O. Ribeiro (coords.), *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 1-17). Lisboa: Lidel.

Pinheiro, M. R. & Ferreira, J. A. (2002). O questionário de suporte social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, 30, 315-333.

Prego, J. C. S. (2016). *Aging in place e Suporte Social: um estudo num Município da Região Norte*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, apresentada no Instituto Politécnico de Viana de Castelo.

PORDATA. (2016). Índice de Envelhecimento.

<https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>

Quintino, A. S. S. (2018). *Efeitos demográficos e económicos das migrações em Portugal: o caso da Segurança Social*. Mestrado em Matemática Aplicada à Economia e Gestão, apresentada na Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa.

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento ativo. In O. Ribeiro & C. Paúl, (coords.), *Manual de envelhecimento Activo* (pp. 1-12). Lisboa: Lidel.

Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (1), 217-234. Brasil.

Rhonda, L. W., Malone, K., & Laurie, P.H. (2014). Frailty in the older adult: Will you recognize the signs? *The Nurse Practitioner*, 39 (13), 28-34. Doi: 10.1097/01.NPR.0000443228.72357.96

Rodrigues, M. J. A. (2016). *Suporte social, ansiedade, depressão e qualidade de vida de pessoas idosas a residir na comunidade e em ERPI*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, apresentada no Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Schoenmakers, D., Lamkaddem, M., & Suurmond, J. (2017). The role of the social network in access to psychosocial services for migrant elderly - A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 1-12. Doi:10.3390/ijerph14101215

Silva, A. C. D. (2016). *Voluntariado social e redes sociais de suporte no envelhecimento: Contributos para as Políticas Sociais*. Mestrado em Gerontologia Social, Instituto Politécnico de Viana de Castelo.

Teixeira, S. M. (2018). O envelhecimento a as reformas no sistema de seguridade social no Brasil contemporâneo. *Textos & Contextos*, 17 (1), 126-137. DOI: 10.15448/1677-9509.2017.1.27635

Vieira, M., & Pimentel, L. (2016). Relações intergeracionais: A arte de envelhecer aprendendo com os jovens. In L. Pimentel, S. Lopes, & S. Faria (coords.), *Envelhecendo e aprendendo. A aprendizagem ao longo da vida no processo de envelhecimento ativo* (pp. 165-194). Lisboa: Coisas de ler.

Vilar, M., Sousa, L. B., Firmino, H., & Simões, M. R. (2016). Envelhecimento e qualidade de vida. In H. Firmino, M. Simões, & J. Cerejeira (coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 19-43). Lisboa: Lidel.

Vilar, M., Sousa, L. B., Firmino, H., & Simões, M. R. (2016). Envelhecimento e qualidade de vida. In H. Firmino, M. Simões, & J. Cerejeira (coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 19-43). Lisboa: Lidel.

WHO – World Health Organization (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneve: WHO.

# **Anexos**



## Anexo I : Questionário sócio-demográfico

## Questionário

Este estudo pretende conhecê-lo no que diz respeito a um conjunto de aspetos que o caracterizam e em relação a um conjunto de experiências que fazem parte do seu dia-a-dia.

Assegurando-lhe a **confidencialidade das respostas**, solicitamos que preencha o questionário de acordo com o que realmente pensa ou sente.

**Em caso de dúvida acerca de um valor ou resposta, por favor, responda com dados aproximados.**

Agradecemos a sua colaboração e a honestidade das suas respostas.

1. Idade:

2. Sexo:

Feminino ☐ Masculino ☐

3. Estado civil:

Solteiro(a) ☐ Casado(a) / União de facto ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a) ☐

4. Indique a sua escolaridade:

5. Qual a profissão que exercia/exerce?

6. Atualmente, com quem está a viver?

7. Quantos filhos tem?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ou mais ☐

8. Atualmente sofre de alguma doença?

Sim ☐ Não ☐

8.1. Se sim, indique qual:

**9. O que o trouxe a esta instituição?**

---

---

---

**10. Há quanto tempo está nesta instituição?**

---

**11. Em que tipo de atividades mais participa na sua instituição?**

---

---

---

## Anexo II: Escala de Avaliação do Suporte Social - SSQ6

## Escala de Avaliação do Suporte Social – SSQ-6

(SARASON, SARASON, SHEARIN, & PIERCE, 1987; - versão portuguesa adaptada por  
CAVALEIRO, 2012)

As questões que se seguem são acerca das pessoas que no seu meio lhe disponibilizam ajuda ou apoio. Cada questão tem duas partes. Na primeira parte, **indique**, não contando consigo, **todas as pessoas que conhece, com quem pode contar para o ajudar ou apoiar** nas situações que lhe são apresentadas.

Na segunda parte, indique, preenchendo com um círculo de 1 a 6 que melhor traduz o **seu grau de satisfação em relação à globalidade do apoio ou ajuda** que tem.

Se em relação a uma determinada questão não tem elementos de ajuda ou apoio para referir, coloque uma cruz na expressão “Ninguém”, mas selecione sempre o seu nível de satisfação. Para cada questão o **número máximo de pessoas a indicar é nove**.

## 1. Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda?

<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filho	<input type="checkbox"/> Filha	<input type="checkbox"/> Irmão	<input type="checkbox"/> Irmã
<input type="checkbox"/> Outro elemento da família	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Vizinho	<input type="checkbox"/> Profissional / Cuidador	<input type="checkbox"/> Ninguém

Qual o seu grau de satisfação?

1	2	3	4	5	6
Muito Insatisfeito			Muito Satisfeito		

## 2. Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se mais relaxado/a quando está tenso/a ou sob pressão?

<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filho	<input type="checkbox"/> Filha	<input type="checkbox"/> Irmão	<input type="checkbox"/> Irmã
<input type="checkbox"/> Outro elemento da família	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Vizinho	<input type="checkbox"/> Profissional / Cuidador	<input type="checkbox"/> Ninguém

Qual o seu grau de satisfação?

1	2	3	4	5	6
Muito Insatisfeito			Muito Satisfeito		

**3. Quem é que o/a aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?**

<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filho	<input type="checkbox"/> Filha	<input type="checkbox"/> Irmão	<input type="checkbox"/> Irmã
<input type="checkbox"/> Outro elemento da família	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Vizinho	<input type="checkbox"/> Profissional / Cuidador	<input type="checkbox"/> Ninguém

Qual o seu grau de satisfação?

1	2	3	4	5	6
Muito Insatisfeito			Muito Satisfeito		

**4. Com quem é que pode realmente contar para se preocupar consigo, independentemente do que lhe possa estar a acontecer a si?**

<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filho	<input type="checkbox"/> Filha	<input type="checkbox"/> Irmão	<input type="checkbox"/> Irmã
<input type="checkbox"/> Outro elemento da família	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Vizinho	<input type="checkbox"/> Profissional / Cuidador	<input type="checkbox"/> Ninguém

Qual o seu grau de satisfação?

1	2	3	4	5	6
Muito Insatisfeito			Muito Satisfeito		

**5. Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se melhor quando se sente mesmo em baixo?**

<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filho	<input type="checkbox"/> Filha	<input type="checkbox"/> Irmão	<input type="checkbox"/> Irmã
<input type="checkbox"/> Outro elemento da família	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Vizinho	<input type="checkbox"/> Profissional / Cuidador	<input type="checkbox"/> Ninguém

Qual o seu grau de satisfação?

1	2	3	4	5	6
Muito Insatisfeito			Muito Satisfeito		

**6. Com quem é que pode realmente contar para o/a consolar quando você está muito preocupado/a?**

<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filho	<input type="checkbox"/> Filha	<input type="checkbox"/> Irmão	<input type="checkbox"/> Irmã
<input type="checkbox"/> Outro elemento da família	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Vizinho	<input type="checkbox"/> Profissional / Cuidador	<input type="checkbox"/> Ninguém

Qual o seu grau de satisfação?

1	2	3	4	5	6
Muito Insatisfeito			Muito Satisfeito		

### Anexo III - Escala WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life Instruments - Bref)

#### Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

WHOQOL-BREF 3

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

## Anexo IV - Escala Breve de Redes Sociais de Lubben - LSNS - 6

**Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben  
(LSNS-6)**

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais
<b>FAMÍLIA:</b> Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...						
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						
<b>AMIGOS:</b> Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...						
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

*Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, fevereiro 2012: 217-234.

## Anexo V - Escala de Avaliação da Situação Sócio-Familiar de Gijon

LOGOTIPO-IPSS - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS



### ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR DE GIJON

Aplicabilidade: Aplicável ☐ Não Aplicável ☐

1. SITUAÇÃO FAMILIAR	
1	Vive com cônjuge/ companheiro e/ ou família sem conflito.
2	Vive com cônjuge/ companheiro de idade semelhante.
3	Vive com cônjuge/ companheiro e/ ou família e/ ou outros, mas não podem ou não querem cuidá-lo.
4	Vive sozinho, com filhos e/ ou familiares próximos que não dão resposta a todas as necessidades.
5	Vive sozinho, família distante, sem cuidador, sem família.

2. RELAÇÕES E CONTACTOS SOCIAIS	
1	Mantém relações fora do domicílio.
2	Relaciona-se com a família/ vizinhos/ outros, sai de casa.
3	Apenas se relaciona com a família, sai de casa.
4	Não sai de casa, recebe família ou visitas (» 1 semana).
5	Não sai de casa nem recebe visitas (« 1 semana).

3. APOIO DA REDE SOCIAL	
1	Não necessita de nenhum apoio.
2	Recebe apoio da família e/ ou vizinhos.
3	Recebe apoio social formal suficiente (Centro de Dia, Ajudante Familiar, vive num Lar, etc...).
4	Tem apoio social mas é insuficiente.
5	Não tem apoio social e necessita.

PONTUAÇÃO	
10	Deterioro social severo (alto risco de institucionalização)
6-9	Situação intermédia
5	Situação social boa (baixo risco de institucionalização)

TSSS \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



# **Apêndices**

## Apêndice I - Consentimento Informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

**de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

Eu, Carrina Iduarda Rodrigues Cruz Lima, mestranda do curso de Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Coimbra, encontro-me a desenvolver um relatório de estágio/intervenção cuja temática é “Redes de suporte social e qualidade de vida dos idosos cabo-verdianos imigrantes em Portugal”. O projeto é orientado pela Professora Doutora Sofia Silva e co-orientado pelo Professor Doutor João Tavares.

Para o efeito, será utilizado alguns instrumentos de recolha de dados, junto da população em estudo na comunidade, com base no objetivo principal: Desenvolver intervenções que fortaleçam as redes de suporte social dos idosos cabo-verdianos residentes na Cova da Moura, distrito de Lisboa, e avaliar o seu impacto na qualidade de vida destes idosos.

Garante-se a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Promete-se o anonimato (não registo de dados de identificação), garantindo, em qualquer caso, que a identificação dos participantes nunca será tornada pública. Assegura-se também que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

Obrigada pela sua participação. Carrina Lima, aluna do Mestrado Gerontologia Social.  
Contacto: 967554298; e-mail: [carrinalima@gmail.com](mailto:carrinalima@gmail.com)

**Assinatura/s:** .....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME: .....

BI/CD Nº: ..... DATA OU VALIDADE ..... /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

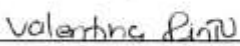
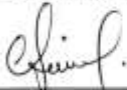
ASSINATURA .....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:**

**UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

**Apêndice II - Sessão de educação para saúde - "Saúde do Idoso"**

**1ª Sessão com os idosos da Associação Moinho da Juventude**

<b>Sessão de Educação para Saúde, "Saúde do Idoso"</b>	
<b>Temas abordadas</b>	- A importância das visitas ao médico; - Exercícios físicos; - Alimentação saudável; - A importância da socialização (danças, músicas, jogos).
<b>Realizado</b>	Em 27 de Junho de 2018
<b>Exposição</b>	Em vídeo (10 min)
<b>Participantes</b>	<b>As senhoras:</b> Berta, Josefina, Domingas Lopes, Maria Pinto, Herminia, Luzia.  <b>Os senhores:</b> José, Damásio; João, Leandro; David.
<b>Comentários</b>	Elaborado uma discussão com os participantes em torno do vídeo apresentado, mais especificamente comentários sobre algumas imagens do vídeo que explica a qualidade da saúde do idoso.
<b>Assinatura do colaborador da Associação</b>	
<b>Assinatura do estagiário</b>	

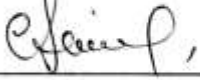
## Apêndice III - Sessão de Educação para Saúde "Alimentação Saudável"

## 2ª Sessão com os idosos da Associação Moinho da Juventude

Sessão de Educação para Saúde, "Alimentação Saudável"	
<b>Temas abordadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A importância dos alimentos considerados saudáveis;</li> <li>- Horários;</li> <li>- Quantidade e qualidade;</li> <li>- Modo de confeccionar.</li> </ul>
<b>Realizado</b>	Em 03 de Julho de 2018
<b>Exposição</b>	Em mesa redonda
<b>Participantes</b>	<p><b>As senhoras:</b> Berta, Herminia, Luisa, Domingas Lopes, Bernaldina.</p> <p><b>Os senhores:</b> José, João, Leandro, António.</p>
<b>Comentários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborado uma discussão com os participantes sobre o tema, com recolha das opiniões dos mesmos.</li> <li>- Em sequência feito um resumo geral e dicas para alguns participantes.</li> <li>- Troca de experiencia.</li> </ul>
<b>Assinatura do colaborador da Associação</b>	Regineldo Spínola
<b>Assinatura do estagiário</b>	Geiruf.

**Apêndice IV - Sessão de Educação para Saúde "Doenças crónicas"**

**3ª Sessão com os idosos da Associação Moinho da Juventude**

<b>Sessão de Educação para Saúde "Doenças Crónicas"</b> <b>(Hipertensão, diabetes e doenças do coração)</b>	
<b>Temas abordadas</b>	- Fatores de risco.
<b>Realizado</b>	Em 05 de Julho de 2018
<b>Exposição</b>	Em mesa redonda (com grupos de dois) e com suporte de imagens sobre o tema impressas em papel.
<b>Participantes</b>	<b>As senhoras:</b> Berta, Herminia, Luísa, Domingas Lopes, Antónia.  <b>Os senhores:</b> José, João, António.
<b>Comentários</b>	- Apresentação da conclusão dos grupos, aos colegas sobre as imagens trabalhadas, pelo representante do grupo. - Resumo geral sobre o tema da estagiária. - <b>Os apresentadores:</b> Antónia (grupo 4); Berta (grupo 3); Herminia (grupo 2); Luísa (grupo 1).
<b>Assinatura do colaborador da Associação</b>	
<b>Assinatura do estagiário</b>	

**Apêndice V - Sessão de Educação para Saúde "continuação Alimentação Saudável"**

**4<sup>a</sup> Sessão com os idosos da Associação Moinho da Juventude**

Sessão de Educação para Saúde (continuação do tema Alimentação Saudável)	
<b>Temas abordadas</b>	Seleção de alimentos saudáveis nos respectivos horários de refeição (pequeno almoço e almoço)
<b>Realizado</b>	Em 10 de julho de 2018
<b>Exposição</b>	Mesa redonda
<b>Participantes</b>	As senhoras: Hermínia, Berta, Domingas Lopes, Arminda e Josefina  Os senhores: Leandro, João e José
<b>Comentários</b>	Participação ativa dos idosos,
<b>Assinatura do colaborador da Associação</b>	Reginaldo Gomes
<b>Assinatura do estagiário</b>	Adriana

**Apêndice VI - Sessão de Educação para Saúde "continuação Alimentação Saudável"**

**5<sup>a</sup> Sessão com os idosos da Associação Moinho da Juventude**

Sessão de Educação para Saúde " <u>Cont. do tmg Alimentação Saudável</u> "	
<b>Temas abordadas</b>	Seleção de alimentos saudáveis nos respetivos horários de refeições, (cont.) lanche e jantar.
<b>Realizado</b>	Em <u>24</u> de julho de 2018
<b>Exposição</b>	Mesa redonda
<b>Participantes</b>	As senhoras: Berta, Maria Pinto, Isabel, Hermínia Os senhores: Leonido, João e José.
<b>Comentários</b>	A participação ativa dos seniores
<b>Assinatura do colaborador da Associação</b>	Reginaldo Spimole
<b>Assinatura do estagiário</b>	Edição P.




## Apêndice VII - Sessão de Educação para Saúde "Relações Sociais"

6<sup>a</sup> Sessão com os idosos da Associação Moinho da Juventude

Sessão de Educação para Saúde " <u>Relações Sociais</u> "	
<b>Temas abordadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A importância da convivência</li> <li>- Atividades lúdicas</li> <li>- Participação de voluntários</li> </ul>
<b>Realizado</b>	Em <u>26</u> de julho de 2018
<b>Exposição</b>	Mesa redonda com auxílio de um vídeo apresentado.
<b>Participantes</b>	<p><b>As senhoras:</b> Berta, Hermínia, Maria Pinto, Antónia, Josefina, Luísa</p> <p><b>Os senhores:</b> João, Doménio, António Leandro, David</p>
<b>Comentários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- participação ativa dos seniores</li> <li>- recolhido as opiniões</li> <li>- Transcrito no caderno dos membros</li> </ul>
<b>Assinatura do colaborador da Associação</b>	Teodoro Manuel Ribeiro
<b>Assinatura do estagiário</b>	Chimf.

**Apêndice VIII - Sessão de Educação para Saúde "Feira de Saúde"**

7<sup>a</sup> Sessão com os idosos da Associação Moinho da Juventude

Sessão de Educação para Saúde " <u>Feira de Saúde</u> "	
<b>Temas abordadas</b>	<u>Saúde geral</u> - avaliação de Parâmetros vitais - Aconselhamentos
<b>Realizado</b>	Em <u>27</u> de <del>junho</del> de 2018 Setembro
<b>Exposição</b>	Formada, 3 meses de atendimento no espaço intergeracional, ACTJ
<b>Participantes</b>	As senhoras:  Os senhores: <u>Lista presença</u> (Apêndice)
<b>Comentários</b>	
<b>Assinatura do colaborador da Associação</b>	
<b>Assinatura do estagiário</b>	

## Apêndice IX - Lista Participação da Feira saúde

Feira Saúde, realizada em 27 Set. 2016

Lista de Participação

Nº	Nome	Idade	Sexo (F/M)	Pode-se realizar esta atividade mais vezes? Sim/Não
1	Andréia Ribeiro	55	F	Sim.
2	Helena Ribeiro	71	F	Sim
3	Isabel Justado	68	F	Sim
4	Isadora Gomes	68	F	Sim.
5	Isadora da Silva	60	F	Sim.
6	Denise Alves	35	M.	Sim.
7	Cláudia Silva	74	M.	Sim
8	Isabel Costa Silva	68	F	Sim.
9	Denise de Lima	78	F	Sim.
10	Christina Romão	44	F	Sim.
11	Engracia Romão	73	F	Sim.
12	João Plácido	80	M.	Sim.
13	Arminda Justado	75	F	Sim.
14	Isabel Silva	62	M	Sim.
15	Isabel, C.O.S.	80	M	Sim.
16	Isabel PAVIP	21	M	Sim.
17	Isabel Plácido	78	F	Sim.
18	Isabel Plácido	56	F	Sim.
19	Isabel Plácido	67	F	Sim.
20	Isabel Plácido	68	F	Sim.
21	Isabel Plácido	54	F	Sim.
22	Isabel Plácido	54	F	Sim.
23	Isabel Plácido	75	F	Sim.
24	Isabel Plácido	44	F	Sim.
25	Isabel Plácido		F	Sim.
26				
27				
28				
29				